



unl

Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Dependencia Emocional y Satisfacción Sexual en Mujeres en Estado de
Gestación de la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022.

AUTORA:

Katty Jeanina Vaca Tamayo

Trabajo de Integración
Curricular previo la obtención
del título de Licenciada en
Psicología Clínica.

DIRECTORA:

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Loja- Ecuador

2022

CERTIFICADO

Loja., 13 de septiembre de 2022

De: **Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.** directora del trabajo de integración curricular

Para: **Dra. Ana Puertas Asanza Mg. Sc.** directora de la carrera de psicología clínica

Asunto: **CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN ESTADO DE GESTACIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022** de la autoría de **KATTY JEANINA VACA TAMAYO**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.



Firma electrónicamente por:
**MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA**

.....
Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

FIRMA

AUTORÍA

AUTORÍA

Yo, KATTY JEANINA VACA TAMAYO, declaro ser la autor/a del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Autora: Katty Jeanina Vaca Tamayo

Cédula de identidad: 1104316771

Fecha: 16 de septiembre de 2022

Correo Electrónico: katty.vaca@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0967241135

CARTA DE AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN

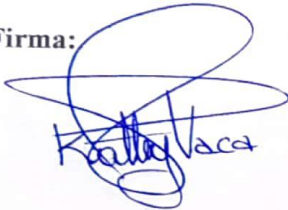
Yo, KATTY JEANINA VACA TAMAYO, declaro ser autor(a) del Trabajo de Integración Curricular titulado **Dependencia Emocional y Satisfacción Sexual en Mujeres en Estado de Gestación de la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022**, como requisito para optar por el título de **Licenciada en Psicóloga Clínica** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días del mes de septiembre del año dos mil veintidós.

Firma:



Autora: Katty Jeanina Vaca Tamayo

Cédula: 110431677-1

Dirección: Barrio La Alborada, C/ Puerto Príncipe y Tegucigalpa, Loja

Correo electrónico: katty.vaca@unl.edu.ec

Teléfono móvil: 0967241135

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Psc Cl. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

- **Presidenta:** Dra. Ana Puertas Mg. Sc.
- **Vocal 1:** Psc. Cl. Cindy Cuenca Mg. Sc.
- **Vocal 2:** Psc. Cl. Marco Sánchez Mg. Sc.

DEDICATORIA

A mi hijo por ser mi mayor motivación, porque me impulsas desde el día en que vi tus ojitos a superarme, sin ti nada de esto hubiese sido posible, me ayudaste a lograr cosas increíbles, que tal vez no sería posible siquiera conocer, si no hubieses llegado a este mundo. De igual manera a mis padres Milva y Manuel por ser mi gran ejemplo y enseñarme cada día a trabajar y luchar por mis sueños, mucho de lo que soy hoy en día es gracias a ustedes.

Así mismo a mis hermanas Johana y Kruspkaya por celebrar conmigo cada triunfo y estar a mi lado en cada derrota, gracias por el apoyo durante todos estos años para lograr esta meta con su ayuda y a mis sobrinos Justin y Ania por brindarme tantos momentos llenos de felicidad.

A mis familiares y amigos que han estado apoyándome de una u otra manera durante todos estos años para lograr este objetivo. Gracias por la confianza que depositaron en mí, incluso cuando yo no lo hacía.

Katty Jeanina Vaca Tamayo

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por darme la fuerza y la motivación para llegar hasta aquí. Gracias hijo mío por ser el motor de mi vida e inspirarme a ser mejor, por cuidarme, ayudarme y apoyarme cada día.

Gracias a mis padres por ser ese soporte y guía para finalizar mi carrera, por creer en mí y sobre todo por demostrarme con hechos el amor que me tienen; gracias a mis hermanas porque sin ellas esto no hubiese sido posible, Johana porque iniciamos este sueño juntas y cada desvelo nos dio frutos, Kruspkaya mi gratitud infinita por ayudarme con mi hijo cuando yo no pude estar ahí y gracias a ti pude estudiar durante la pandemia.

De igual manera mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la carrera de Psicología Clínica por abrirme sus puertas y poder cursar esta hermosa carrera, a mis docentes quienes con mucha sabiduría y conocimientos me permitieron crecer cada día personal y profesionalmente; a la directora académica; al personal administrativo; mi gratitud más sincera a la Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc, a quien admiro y respeto por la gran profesional que es, por su infinita paciencia y dejarse la piel intentando sacar lo mejor de mí.

Asimismo, agradezco a Celeste que es una de las mejores personas que he conocido durante la carrera, quien continuamente me apoya y me motiva a seguir adelante, a todas las personas de mi familia que han estado ahí, mis tías Rosana, América, Miguel, Carmen; mis primos Jimmy, Paulina, Gabriela, Julissa, Thalía y a mi gran amiga Luisa por creer en mí, más que yo misma, quien con sus palabras de aliento me ha ayudado durante todo este proceso.

Sobre todo, gracias a mí, por no rendirme en los peores momentos y tener la capacidad de ver lo positivo ante las adversidades, por salir de donde estaba estancada en busca de mejores oportunidades y grandes sueños, finalmente a todas las mujeres que participaron y apoyaron esta investigación.

Katty Jeanina Vaca Tamayo

ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICADO.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1 Titulo	11
2 Resumen	12
2.1 Abstract	13
3 Introducción.....	14
4 Marco Teórico	16
4.1 Capítulo I: Dependencia Emocional	16
4.2 Concepciones y Definiciones	16
4.3 Características de los Dependientes Emocionales	17
4.3.1 Área de las Relaciones de Pareja	17
4.3.2 Área de las Relaciones con el Entorno Interpersonal	18
4.3.3 Área de Autoestima y Estado Anímico:.....	19
4.4 Modelos o Teorías.....	20
4.5 Manifestación o Cuadros Clínicos (Signos o Síntomas).....	21
4.6 Causas o Efectos.....	21
4.7 Consecuencias	22
4.8 Evaluación y Diagnostico.....	23
4.8.1 Entrevista	24
4.8.2 Encuesta	24
4.9 Intervención.....	24

4.10	Factores	41
4.11	Círculo concéntrico.....	42
4.12	Capítulo II: Satisfacción Sexual.....	43
4.13	Concepciones o Definiciones.....	43
4.14	Características Según el Género	44
4.14.1	Mujeres.....	44
4.14.2	Hombres	44
4.15	Satisfacción Sexual Durante el Embarazo	44
4.16	Modelos y Teorías.....	45
4.17	Manifestación o Cuadros Clínicos	46
4.18	Causas o Efectos	47
4.19	Consecuencias.....	47
4.20	Evaluación o Diagnóstico	49
4.21	Intervención	49
4.22	Dimensiones.....	53
5	Metodología.....	55
5.1	Enfoque y Diseño de Investigación.....	55
5.2	Tipo de Investigación	55
5.3	Área de Estudio	55
5.3.1	Población.....	56
5.3.2	Muestra	56
5.4	Técnicas.....	56
5.5	Instrumentos de recolección de información	57
5.5.1	Nueva Escala de Satisfacción Sexual	58

5.6	Consideraciones Éticas.....	59
5.7	Procedimiento por Objetivos.....	59
6	Resultados.....	61
6.1	Objetivo específico 1:.....	61
6.2	Objetivo específico 2:.....	61
6.3	Objetivo general:	62
6.4	Objetivo específico 3.....	63
6.4.1	Taller de prevención: Soy libre de amar	64
6.4.2	Taller de promoción: Mi sexualidad y yo	71
7	Discusión	74
8	Conclusiones.....	76
9	Recomendaciones	77
10	Bibliografía.....	78
11	Anexos	85

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.	Dependencia emocional- satisfacción sexual	93
----------------	--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Dependencia Emocional en las mujeres en estado de gestación	61
Tabla 2	Nivel de satisfacción sexual en mujeres en estado de gestación	61
Tabla 3	Medidas simétricas	62
Tabla 4	Tabla cruzada.....	92

ÍNDICE DE ANEXOS

11.1	Anexo 1. Consentimiento Informado.....	85
11.2	Anexo 2. Cuestionario de Dependencia Emocional (CDI).....	86
11.3	Anexo 3. Nueva Escala de Satisfacción.....	87
11.4	Anexo 4 Oficio para desarrollar trabajo de Integración Curricular	88

11.5 Anexo 5 Autorización del CASMUL	89
11.6 Anexo 6 Fotos	90
11.7 Anexo 7 Tabla cruzada entre dependencia emocional y satisfacción sexual.....	92
11.8 Anexo 8 Gráfico dependencia emocional- satisfacción sexual.....	93
11.9 Anexo 9 Psicoeducación sobre las fases características de las relaciones de personas con dependencia emocional.....	94
11.10 Anexo 10 Esquema A-B-C	96
11.11 Anexo 11 Certificación de Inglés	97
11.12 Anexo 12 Coherencia y Pertinencia.....	98

1 Título

Dependencia Emocional y Satisfacción Sexual en Mujeres Embarazadas de la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022.

2 Resumen

El embarazo es un periodo en el cual la mujer atraviesa por diversos cambios a nivel físico, emocional y social, los cuales provocan efectos o consecuencias en áreas específicas como la sexualidad, la cual juega un rol de gran importancia dentro de las relaciones de parejas, porque puede generar un apego o dependencia emocional que forjará o no, una satisfacción sexual conjuntamente con vínculos afectivos, por lo que podemos presumir que mientras más profunda y satisfactoria sea la relación afectiva, más pleno y placentero será el contacto físico. La presente investigación, tuvo como finalidad determinar la relación entre la dependencia emocional y satisfacción sexual en mujeres en estado de gestación de una casa de salud de la ciudad de Loja. Para lo cual se trabajó con un enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, de tipo descriptiva, exploratoria y correlacional. El estudio estuvo constituido por una muestra de 64 gestantes de 18 a 45 años de edad a quienes se les aplicó el Cuestionario de Dependencia Emocional y la Escala de Satisfacción Sexual, los cuales permitieron ser analizados a través del programa estadístico SPSS 25, donde se pudo conocer que un 42,2% de la población evaluada presenta dependencia emocional leve y tan sólo un 18.8% manifiesta dependencia emocional grave. En lo que respecta a la satisfacción sexual, un 43,8% y un 25% tienen una satisfacción sexual entre alta y muy alta; y el 15,6% evidenciaron una baja satisfacción sexual. Además, se logró evidenciar que entre la variable dependencia emocional y satisfacción sexual mediante la prueba estadística Tau-b de Kendall, existe una correlación negativa baja. Por último, se diseñó un plan de intervención primaria enfocado en la prevención de la dependencia emocional y la promoción de la salud sexual en esta población.

Palabras Clave

Sexualidad; Satisfacción sexual; Gestación; Dependencia emocional; Mujeres.

2.1 Abstract

Pregnancy is a period in which women go through various changes at physical, emotional and social levels, which cause effects or consequences in specific areas such as sexuality, which plays a very important role in couple relationships, because it can generate an emotional attachment or dependence that will forge or not, a sexual satisfaction together with emotional ties, so we can assume that the deeper and more satisfactory the relationship, the fuller and more pleasurable the physical contact will be. The purpose of this research was to determine the relationship between emotional dependence and sexual satisfaction in pregnant women in a health center in the Loja city. For this purpose, a quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, exploratory and correlational approach was used. The study consisted of a sample of 64 pregnant women between 18 and 45 years of age to whom the Emotional Dependence Questionnaire and the Sexual Satisfaction Scale were applied, which were analyzed through the SPSS 25 statistical program, where it was found that 42.2% of the evaluated population showed mild emotional dependence and only 18.8% showed severe emotional dependence. Regarding to sexual satisfaction, 43.8% and 25% have a sexual satisfaction between high and very high; and 15.6% showed low sexual satisfaction. In addition, a low negative correlation was found between the variable emotional dependence and sexual satisfaction by means of Kendall's Tau-b statistical test. Finally, a primary intervention plan focused on the prevention of emotional dependence and the promotion of sexual health in this population was designed.

Key words

Sexuality; Sexual satisfaction; Gestation; Emotional dependence; Women.

3 Introducción

La dependencia emocional puede afectar a muchas personas y una gran mayoría no son conscientes de este estado psicológico por el que están atravesando, suele darse en relaciones personales, familiares, de amistad o de pareja donde se busca llenar vacíos emocionales. Según (Castelló, 2005, p. 17) “la dependencia emocional es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones.” Las personas que sienten esta dependencia pueden ser incapaces de terminar con ese lazo que los mantiene unidos, por lo que tienen ese anhelo de estar con el individuo en quien se centra la dependencia.

Se llevó a cabo un estudio a nivel nacional en Chimborazo que mide la dependencia emocional durante el embarazo en 55 adolescentes, de las cuales 30 mujeres estaban en estado de gestación y 25 hombres que tenían una pareja en las mismas condiciones, de este estudio se pudo evidenciar que un 40% de hombres y 47% de mujeres presentaron dependencia emocional moderada, donde las mujeres embarazadas tienen una enorme necesidad de cariño todo el tiempo, para sentirse seguras y no sentir temor al abandono, este miedo puede provocar la idea de un aborto o conducir al suicidio a la persona dependiente (Pomagualli y Tierra, 2016).

La persona dependiente es capaz de hacer cualquier cosa por la pareja aun cuando pueda verse afectada a sí misma, poniendo en riesgo su expresión emocional, placer, amor, deseo o respuesta sexual y sexualidad como tal (Valle y Villa, 2017, p. 27).

La sexualidad en las mujeres en estado de gestación se ha visto inmersa en grandes cambios esto debido a que se creía que durante el acto sexual se podría lastimar al feto, así mismo el empoderamiento de la mujer ha provocado que se adueñe de su propia satisfacción sexual, misma que es un aspecto esencial del ser humano y está presente a lo largo de su vida, abarca el sexo, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (OMS, 2018).

La importancia de la realización de este trabajo radicó en que las mujeres en estado de gestación son un grupo vulnerable que necesita atención primaria e integral por los grandes cambios que ocurren durante este periodo. Es por ello que es fundamental cuidar su salud mental, ya que suele ser un momento muy feliz y emocionante, pero no todas se sienten de esta manera,

presentando sentimientos negativos acerca del embarazo, la relación con la pareja e influyendo directamente en la satisfacción sexual.

En este sentido, el fin de llevar a cabo esta investigación es evidenciar la problemática que envuelve la dependencia emocional y la satisfacción sexual en un grupo de mujeres en estado de gestación debido a los escasos estudios referentes al tema planteado. Pudiendo evidenciar que el desconocimiento puede llevar a las mujeres a adoptar medidas drásticas o que no tengan un disfrute pleno en torno a la sexualidad durante este periodo, afectando directamente al bienestar integral.

Los objetivos que guiaron esta investigación están basados en establecer la relación entre la dependencia emocional y satisfacción sexual en las mujeres en estado de gestación. Por otro lado, se pretendió identificar la presencia de dependencia emocional y los niveles de satisfacción sexual y con ello determinar si existe sintomatología patológica que provoque malestar clínicamente significativo en el área personal, social o laboral y así mismo crear un plan de intervención atención primaria sobre prevención de la dependencia emocional y promoción de la satisfacción sexual.

Además, se utilizó una metodología, donde se expone el enfoque, diseño y tipo de investigación, área de estudio, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos utilizados, continuando con el procedimiento que incluye las fases que se llevaron a cabo para el desarrollo del presente estudio.

Así también para sustentar este trabajo investigativo se utilizó un marco teórico con bases científicas, con un esquema donde se reflejan en dos capítulos, las definiciones, características, modelos, cuadros clínicos, causas y consecuencias, evaluación y diagnóstico e intervención.

4 Marco Teórico

4.1 Capítulo I: Dependencia Emocional

La dependencia emocional es un patrón de conductas o comportamientos desadaptativos donde la pareja siente una necesidad extrema del otro, además de que existe el miedo a la soledad o al abandono, muchas veces no es esa necesidad y amor por la pareja lo que provoca la pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de tristeza, pobre autoestima, o sentimientos negativos de sí mismo sino es el sentimiento de pérdida de la relación lo que lleva a la persona dependiente a sumirse en estados de profundo dolor (Urbiola, et al., 2017).

4.2 Concepciones y Definiciones

La dependencia emocional es un concepto que se torna cada vez más relevante por parte de los profesionales de la salud mental, ya que, aún falta mucho por explorarse y es por ello, que en consulta solían centrarse en los trastornos asociados a la dependencia emocional o a la sintomatología que esta presenta, otros profesionales lo consideran “mal de amores” por lo que le restan importancia al considerarlo cosas de amor (Sirvent & de la Villa Moral, 2009).

El amor es un sentimiento fundamental para el desarrollo de cada persona, aún existe la creencia de que no lo necesitamos para vivir sin embargo (Schaeffer, 2012) menciona que si viviéramos sin amor podríamos desarrollar problemas con el amor por los demás, la autoestima, empatía, el amor por la vida, etc., siendo estos elementos fundamentales para las relaciones sanas. De acuerdo a como nos dejamos influir por el amor este puede ser bueno o malo. ¿Pero cómo un sentimiento tan bonito puede volverse malo?, varios estudios mencionan que es precisamente por esas necesidades insatisfechas en la infancia que se puede desencadenar esa dependencia emocional hacia una persona y esta autora lo conoce también como *adicción al amor* y lo conceptualiza como una búsqueda de apoyo en otra persona y así cubrir necesidades desadaptativas para evitar el dolor emocional y mantener un equilibrio en la vida.

La dependencia emocional es definida como un patrón constante de necesidades emocionales que presenta la persona dependiente, las cuales intenta remplazar con otras personas, siendo el amor la parte más importante para este y así compensar las carencias emocionales que presenta esta persona, por lo que la energía y tiempo lo centra en las relaciones afectivas, viviendo

el amor de manera intensa debido a que sin esta relación sentirá frustración e insatisfacción en todo lo que concierne al área afectiva (Castelló, 2012).

Según Riso, (2012) “Depender de la persona que se ama es una manera de enterrarse en vida, un acto de automutilación psicológica donde el amor propio, el autorrespeto y la esencia de uno mismo son ofrendados y regalados irracionalmente” (pág,13).

La dependencia emocional es caracterizada por un patrón de comportamientos adictivos que busca satisfacer mediante relaciones afectivas, anteponiendo siempre las necesidades de la pareja por encima de sí mismo. Además, que el dependiente emocional es incapaz de imaginar que sería de su vida sin una relación y cuando está en una, prioriza las necesidades de la pareja antes que las de sí mismo (Castelló, 2005; Castelló, 2012)

4.3 Características de los Dependientes Emocionales

Estas son descritas por (Castelló, 2005), según áreas.

4.3.1 *Área de las Relaciones de Pareja*

Necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia él: se puede evidenciar a los dependientes emocionales debido a las constantes llamadas, mensajes, apariciones sin previo aviso etc., incluso estos describen una necesidad insaciable de la pareja similar al de una droga; puede ocurrir que los objetos implementen sus propias reglas sobre la relación afectiva y aunque estas vayan en contra de sus propios beneficios, ellos aceptaran por no perder al objeto dependiente.

- Deseos de exclusividad en la relación: esta debe darse por ambas partes, sin embargo, el dependiente se aísla para dedicarse por completo a la pareja, y es este último es quien pondrá sus propias condiciones, aunque si existe un tipo de dependiente llamado dominante que es el que impone sus propios deseos en el otro, esta exclusividad también puede darse en otro tipo de relación ya sea amistad, familiar etc.
- Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa: la pareja es considerada el centro de todo el entorno del dependiente, aislándose de la familia inclusive de los hijos si los hubiera, para dedicarse por completo al otro.
- Idealización del objeto: el dependiente considera al objeto como una persona que posee todo lo que el otro no tiene y por esta razón es que lo considera como su salvación.

- Relaciones basadas en la sumisión y subordinación: el dependiente no tiene problema en adoptar una conducta de sumisión ante el objeto, ya que esta es ofrecida como un compromiso con el que asegura la relación, pero los pensamientos negativistas o la misma inseguridad de sí mismo le provoca intranquilidad o miedo de perder a la pareja, de modo que existe un desequilibrio entre ambos, donde uno será el dominante y el otro asumirá el papel de sumiso.
- Historia de relaciones de pareja desequilibradas: las relaciones inestables o tormentosas se dan desde el principio, existen varias pautas que cumple una persona para ser identificada con dependencia emocional y la primera podría ser que a pesar de tener una relación dañina esta continúe y tras una ruptura con una sola llamada vuelvan otra vez a empezar. Otra pauta puede ser el inicio de una relación de transición son estas relaciones que se dan apenas se finaliza una relación donde el dependiente busca no sentirse solo hasta encontrar una pareja que realmente le haga sentir vivo.
- Miedo a la ruptura: el dependiente vive con el miedo constante al abandono por parte de su pareja, la ansiedad es provocada por necesidad descomunal del otro y cuando se da esta ruptura el dependiente sufre el síndrome de abstinencia, exteriorizando la exacerbada necesidad del otro.
- Asunción del sistema de creencias de la pareja: el dependiente asume las ideas de la pareja como suyas, el objeto debido a la veneración por parte del dependiente puede provocar conductas narcisistas o superioridad a lo que el dependiente las asume como incuestionables; por otra parte, el objeto puede culpabilizar o hacer comentarios negativos acerca del dependiente, sobre su inteligencia, familia o aspecto provocando el autodesprecio en él, instalando creencias negativas sobre sí mismo.

4.3.2 *Área de las Relaciones con el Entorno Interpersonal*

Las relaciones del dependiente emocional pueden darse en otros ámbitos además del afectivo con la pareja estos pueden ser en la amistad, familiar, laboral etc., y según (Castelló, 2005) se pueden identificar de la siguiente manera:

- Deseos de exclusividad hacia otras personas significativas: el dependiente necesita la exclusividad por parte su pareja, pero a su vez la busca en personas significativas para él, incluso pueden tornarse difíciles al exigir atención de los demás, tienen sentimientos de

posesión hacia los amigos, exigiendo ser escuchados durante horas, que estén pendientes de él y estar accesibles ya sea en persona o por otros medios. El dependiente siempre busca tener relación con las personas importantes para este, pero de manera individual ya que en grupo no se siente seguro, por lo que minimiza el contacto con cada integrante es por ello que rechaza las situaciones colectivas.

- Necesidad de agradar: buscan infatigablemente la aprobación de los demás e invierten mucho tiempo en su apariencia, asimismo suelen emitir comentarios para agradar a los otros, esta necesidad es mayor cuando el dependiente no tiene una pareja y es en las personas significativas donde buscan el sentido de su existencia.
- Déficit de habilidades sociales: los dependientes son personas que carecen de empatía, debido a que mantienen los pensamientos centrados en sus propios problemas y no escuchan los de los otros, estos muestran dificultad a la hora de relacionarse con su entorno debido a la falta de asertividad ya que mantienen la cabeza ocupada en sus propias obsesiones y la única solución viable para sus problemas será precisamente aferrarse de otra persona.

4.3.3 *Área de Autoestima y Estado Anímico:*

Según Castelló, (2005) esta es la tercera característica con los puntos más importantes, se podrá observar otra manera de manifestar la dependencia emocional hacia los demás debido a la falsa creencia sobre la necesidad excesiva de la pareja y si esta no está disponible pueden trasladar esa necesidad hacia personas significativas para el dependiente.

- Baja autoestima: los dependientes emocionales además de las carencias de afecto pueden desarrollar un cúmulo de sentimientos negativos, incluso asco por sí mismos, existen creencias de que la autoestima son cualidades referentes a la belleza, economía o algo superficial y es que son sentimientos negativos, que descargamos en nosotros
- Miedo e intolerancia a la soledad: la baja autoestima conduce a que el individuo no sólo no se ame o desprecie, sino que sienta miedo a estar a solas consigo mismo, es por ello que siente la necesidad de estar con otra persona y cree que sólo así podrá ser feliz y esta sea la solución para su dolor.
- Estado de ánimo negativo y comorbilidades frecuentes: la comorbilidad está asociada a factores como el miedo al abandono, soledad, fin de la relación etc., el estado de ánimo es

negativo acompañado de una profunda tristeza y este sólo varía en la etapa de inicio de una nueva relación ya que estos detectan el interés hacia ellos. Las comorbilidades se dan de acuerdo al estado de ánimo triste y preocupado, así como la ansiedad que se puede manifestar a través de complicaciones psicofisiológicas tales como taquicardia, sudoración, mareos, náuseas, ahogos, cefaleas etc., llegando en casos más graves a provocar crisis de pánico, siendo este el principio de un trastorno de angustia.

Una vez expuestas las características de los dependientes emocionales cabe recalcar que ellos no buscan tener una relación con cualquier persona, ya que esta debe cumplir con ciertos estándares tales como menciona (Castelló, 2005) “soberbia, egocentrismo, peculiaridad o más bien pretensión de ser diferentes y por tanto especiales, personalidad dominante, gusto por rodearse de personas que les halaguen e idealicen, cierto encanto interpersonal manifestado por excentricidades, sentido del humor o ingeniosidad, etc.”(pág. 20).

4.4 Modelos o Teorías

La dependencia emocional es conocida por algunos autores como apego y fue John Bowlby uno de los grandes pioneros en referirse a este tema, debido a que realizaba trabajos con menores mal adaptados y delincuentes, su interés se dirigía a encontrar los patrones de interacción familiar implicados en el desarrollo sano o patológico, centrándose en cómo estas dificultades de apego pasan de una generación a otra, en su prólogo Marcelo Rodríguez habla sobre las teorías del apego de este reconocido autor (Bowlby, 2014). La teoría del apego reconoce que tanto los menores como los adultos guardan conductas de apego y estas salen a flote en situaciones estresantes o de peligro, es por ello que cuando atravesamos situaciones difíciles y que nos provocan estrés emocional instintivamente vamos a buscar personas que nos proporcionen contención y seguridad (Bowlby, 2014).

En su prólogo Marcelo Rodríguez (Bowlby, 2014) además, menciona que la teoría del apego se centra principalmente en la relación entre madre hijo o cualquier otra persona que ocupa el papel de protector. Al momento en que el niño empieza a gatear y caminar serán los padres o el cuidador más cercano con quien establezcan una relación de confianza y seguridad, esto conduce al desarrollo de patrones de apego provocando la construcción de modelos internos, los cuales conducirán a la percepción individual emocional y pensamientos del menor.

Los niños que han padecido abusos o negligencia por parte de sus cuidadores podrán difícilmente desarrollar apegos seguros de modo que sus patrones de apego inseguro persisten a lo largo de su vida. Los niños con relaciones conflictivas inestables se caracterizan por conductas de agresión y es bastante posible que en la adultez cuando ejerzan el rol de padres se conviertan en padres agresores o violentos (Bowlby, 2014).

4.5 Manifestación o Cuadros Clínicos (Signos o Síntomas)

La persona dependiente llega a tal punto que mira a través de los ojos de la pareja, centrando todo su mundo en torno al objeto dependiente. Según (Riso, 2012) “El apego enferma, castra, incapacita, elimina criterios, degrada y somete, deprime, genera estrés, asusta, cansa, desgasta y, finalmente, acaba con todo residuo de humanidad disponible” (pág., 20).

Según Castelló, (2005, pág. 81). “El estado de ánimo usual de estos individuos ya es negativo, caracterizado por tristeza, preocupación en el rostro, notable nerviosismo e inseguridad personal. Son, en definitiva, personas que aparentan infelicidad y angustia independientemente de sus circunstancias”

Los individuos que presentan dependencia emocional anteponen a la pareja sobre cualquier otra cosa, o persona, así como los pasatiempos que tenía antes de entablar la relación, empieza a alejarse de las amistades y estas se irán perdiendo, mientras que la familia ocupará un papel secundario, de esta manera muchos aspectos de su vida irán quedando atrás paulatinamente restándoles importancia, y así progresivamente empezará a vivir la vida de su pareja convirtiéndose esta en el centro de su vida (Castelló, 2012).

4.6 Causas o Efectos

Las causas de la dependencia emocional están bastante arraigadas a la biología. A lo largo de la evolución los lazos emocionales garantizaban la actividad sexual y la reproducción, las mujeres al tener a los hijos empezaron a buscar apoyo tanto físico como moral de parte de la pareja, progresivamente se empezaron a crear normas y con ellas aparecieron las emociones. Existen hábitos primitivos que permanecen hasta la actualidad, como la pasión que sentimos al iniciar una relación, fervor mientras dura y dolor cuando esta termina. Las mujeres aún tienen miedo al abandono y los hombres le temen a la infidelidad de las esposas (Schaeffer, 2012).

Una vez que los padres no pueden atender a tiempo completo de los hijos y no satisfacen las necesidades de estos, quedan al cuidado de otras personas que se harán cargo, es cuando surge la idea en los niños que podrían morir si no se satisfacen algunas necesidades, pero sobreviven y son precisamente esos recuerdos los que se graban en la memoria y por lo tanto, no desean volver a atravesar por esas situaciones de dolor y abandono, de esta manera los dependientes confían en que la relación será la cura a sus miedos (Schaeffer, 2012).

Según Castelló, (2005) “todos los autores sin excepción consideran que la génesis de este problema radica en la infancia, en relaciones familiares y/o con el entorno bastante insatisfactorias, pobres afectivamente y mezcladas en ocasiones con negligencia, descuidos, malos tratos, etc.” (pág., 30) y es precisamente debido a estas carencias emocionales que no fueron satisfechas en la infancia que consecuentemente se genera esta dependencia emocional hacia otra persona.

4.7 Consecuencias

Riso, (2012, pág. 76) “el miedo a perder la fuente de seguridad y/o bienestar las mantiene atadas a una forma de tortura pseudoamorosa, de consecuencias fatales para su salud mental y física. Con el tiempo, estar mal se convierte en costumbre”. Este autor reconoce que estos sentimientos negativos terminaran por ser parte de cada día lo que terminará afectando tanto al estado de ánimo como a la autoestima.

La dependencia emocional puede provocar según Castelló, (2005) “características, como depresión, ansiedad, hostilidad hacia otras mujeres, baja autoestima, baja autoeficacia, escasos apoyos sociales y satisfacción vital pobre” (pág. 32). Esto debido al profundo dolor que sienten con sólo imaginar el abandono por parte de la pareja, e incluso inseguridad por la amistad con otras mujeres y que esto pueda provocar la ruptura de la relación.

Tras la ruptura podría darse el “síndrome de abstinencia” llamado así debido a la necesidad excesiva que presenta la persona por ver o hablar con la pareja, los síntomas van a aparecer de acuerdo a cada individuo; sin embargo, en la mayoría de los casos se da un trastorno depresivo mayor con ideas obsesivas, angustia por el término de la relación o remordimientos por creencias de que algo hizo mal. Pueden aparecer síntomas de ansiedad intensos llegando a convertirse sensaciones desagradables o perder el sentido de la vida conduciendo al dependiente al suicidio (Castelló, 2012).

4.8 Evaluación y Diagnóstico

La evaluación de la dependencia emocional de esta investigación fue dirigida a identificar la necesidad extrema de la pareja, esta se puede medir mediante el uso del Cuestionario de Dependencia Emocional, mismo que nos ayudó a identificar si hay dependencia emocional en la población encuestada. Test de Perfil Relacional (Relational Profile Test – RPT) fue construido por Bornstein y Languirand en el 2002 y mide tres conceptos relacionados con la dependencia: Sobredependencia destructiva, Desapego disfuncional y Dependencia saludable (Bornstein, et al. 2002); y el Inventario de Dependencia Emocional que explica las características principales en relación a siete factores: miedo a la ruptura, miedo e intolerancia a la soledad, prioridad de la pareja, necesidad de acceso a la pareja, deseos de exclusividad, subordinación y sumisión, deseos de control y dominio (Aiquipia-Tello, 2012).

La dependencia emocional es un trastorno de la personalidad, caracterizado precisamente por el establecimiento continuado de relaciones de pareja tan intensas como las adicciones. A continuación, se muestra cómo se puede evaluar la dependencia emocional dentro de terapia en los pacientes:

La evaluación de las dependencias sentimentales se realiza mediante el análisis de diversos planos que afectan al nivel de las relaciones de pareja y a la propia esfera personal, básicamente con indicadores tales como: (a) la avidez con la que precisa disponer de la presencia del otro del que se experimenta un enganche emocional por muy frustrante que sea la relación; (b) la necesidad de la aprobación de los demás y una preocupación excesiva por agradar a la persona de la que se depende; (c) la recreación de sentimientos negativos e inescapabilidad emocional; (d) el asimétrico intercambio recíproco de afecto asociado a un persistente vacío emocional; (e) manifestaciones de abstinencia (sufrimiento devastador caso de ruptura o ausencia) y craving (anhelo de estar en pareja), indicativas del carácter toxicofílico del vínculo; (f) la manifestación de antecedentes personales indicativos de ciertas carencias afectivas en la infancia o apegos ansiosos junto a posibilidades de haber sufrido maltrato emocional y/o físico; (g) el fantaseo excesivo al comienzo de la relación que les suma en un estado de euforia cuando la empiezan y de idealización excesiva de sus parejas; (h) sentimientos de desvalimiento emocional y un estado de ánimo medio disfórico con oscilaciones en función de la propia evolución de su situación interpersonal; y, entre

otros indicadores básicos como criterios patognomónicos de primer orden, (i) la adopción de posiciones subordinadas en las relaciones, asociado a una progresiva autoanulación personal, una empobrecida autoestima y autoconcepto negativo (Sirvent & de la Villa Moral, 2009, pág. 3)

4.8.1 Entrevista

Las mujeres en estado de gestación atendidas en un hospital de la ciudad de Loja, leyeron detenidamente el consentimiento informado, donde se les explicó que toda la información proporcionada es confidencial ya que no se llevaron registros de nombres ni documentos de identidad, debido a que esta será manejada rigurosamente sólo para el estudio y después será desechada.

Tras aceptar participar voluntariamente en la investigación y aclarar las dudas que se pudieron presentar, podrán retirarse en cualquier momento, pese a que con anterioridad hayan aceptado ser partícipes de la investigación mediante el consentimiento informado. A quienes decidieron continuar con la participación se les realizó la aplicación del Cuestionario de dependencia Emocional

4.8.2 Encuesta

Una vez aclaradas las dudas y después de dar a conocer a las participantes que la encuesta es confidencial se procederá a responder a cada de una de las preguntas del cuestionario, recalcando que estas no tienen contestaciones buenas o malas, simplemente serán de acuerdo como se identifique con las opciones de respuesta.

4.9 Intervención

El objetivo principal de la intervención fue que el paciente desarrolle razonamiento emocional, es decir, no solo cumpla las necesidades emocionales con una orientación hacia el exterior, sino también que aprenda a trabajar con el yo interior de la persona para que pueda crear emociones y satisfacer sus propias necesidades.

La intervención terapéutica se realizó con base a tres ejes fundamentales a nivel emocional, donde el objetivo fue que el paciente pueda darse afecto y satisfacer su necesidades, al manejo de la soledad y progresivamente retomar el control de sobre sus propios estados afectivos, crear emociones positivas de sí mismo, como comprensión, aceptación para mejorar la autoestima; a

nivel cognitivo se puede trabajar con las distorsiones cognitivas del auto concepto y la reestructuración cognitiva que es uno de los aspectos más importantes a trabajar con las personas dependientes; finalmente en la intervención terapéutica a nivel interpersonal los cambios irán dirigidos a las pautas de relación dando la apertura a que el dependiente pueda relacionarse con otras personas, preparación en habilidades sociales centrándose sobre todo en la comunicación asertiva (Pereira, 2019).

Una vez identificados los resultados se dio inicio a la promoción y prevención de dependencia emocional a desde el modelo cognitivo conductual abordando según (ISEP, 2018):

Psicoeducación: donde se da a conocer información específica basada en evidencia científica actualizada, acerca de la patología que presenta el paciente, así como el tratamiento o pronóstico, lo que ayudará a comprender de manera clara su trastorno.

Reestructuración cognitiva: esta técnica ayuda a las personas a cambiar ideas irracionales o distorsionadas sobre sí mismo, las relaciones afectivas o interpersonales. La finalidad será que el paciente logre cuestionar y sustituir los pensamientos desadaptativos por otros más racionales.

Desarrollo de habilidades sociales y asertividad: esto ayudará a expresar al paciente de manera acertada de acuerdo a la situación, opiniones, derechos o sentimientos para así poder manifestar de manera congruente sus propios intereses dentro de las relaciones interpersonales.

Fortalecer la autoestima: mediante técnicas se ayudará al paciente a desarrollar el autoconocimiento, autoconcepto, autoaceptación y autorrespeto mediante el refuerzo positivo de emociones y cogniciones.

La dependencia emocional según varios autores citados en (Anguita, 2017) es considerada como una patología de tipo adictiva producida ante la fragilidad ocasionada por algunas variables como:

Experiencias tempranas de apego inseguro, pobre conciencia del problema, baja autoestima, miedo a la soledad, ansiedad ante la separación, distorsiones cognitivas, creencias erróneas sobre las relaciones afectivas, etc. Estas variables pueden producir incomodidad en el individuo que intenta solucionar con una relación afectiva.

“Se enfocará el plan de tratamiento como una intervención para adicciones conductuales, integrando elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual, de la Psicología Positiva, de

Mindfulness e incluso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)” (Anguita, 2017, p. 14). El inicio de la terapia será prescribiendo pautas de control de estímulos para mejorar la abstinencia del paciente.

Según Anguita (2017) los elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual entrenan habilidades que aumenten la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas, esto incluye mejorar el autoestima o la asertividad, además uno de los objetivos es aumentar la tolerancia del dependiente frente al miedo a la soledad, después se utilizará la técnica de exposición ante los estímulos que causan el malestar, tales como recuerdos acerca de la pareja y del síndrome de abstinencia, de modo que, la finalidad será reducir conductas como la necesidad intensa del objeto dependiente sin dejar atrás el plan de prevención de recaídas.

En este mismo sentido, incluir la práctica de Mindfulness a la Terapia Cognitivo - Conductual, de la Psicología Positiva ayuda a crear emociones positivas en el paciente dependiente, donde la propuesta va dirigida a trabajar en identificar y aplicar fortalezas personales del paciente procurando elevar los niveles de emociones positivas, así como autonomía y autoestima.

En su investigación con base a estudios de varios autores (Anguita, 2017) plantea como fundamental el entrenamiento de Mindfulness, siendo el complemento ideal para evidenciar avances en las fases mencionadas anteriormente, ya que diversos estudios confirman el beneficio de esta práctica para reducir síntomas afectivos de la dependencia emocional logrando reducir significativamente los niveles de ansiedad, así como los estados de ánimo negativos.

En esta misma investigación el entrenamiento de Mindfulness al incrementar las técnicas de exposición ayudará a la desensibilización y habituación, en el estudio realizado por De la Fuente et al, 2010 citados por (Anguita, 2017) además ayuda con el aumento de la autoestima mejorando la aceptación del propio self tales como las experiencias internas siendo estas ignoradas por los dependientes emocionales para enfocar toda la atención en el objeto dependiente. Blasco et al., 2008 citado por (Anguita, 2017) destaca que el Mindfulness provoca una mayor conciencia y aceptación de pensamientos y emociones logrando que el paciente pueda hacer frente a situaciones con un riesgo muy alto de recaída.

Se trabajará con elementos que brinda la Terapia de Aceptación y Compromiso dirigidos a reducir miedo al abandono, intolerancia a la soledad, así como pensamientos distorsionados resultantes de estas emociones tales como “no sirvo para nada”, “quien me va a querer”. El dependiente emocional tendrá una necesidad constante de estar con la pareja, debido a que los miedos o necesidad ávida del otro van a guiar la conducta del dependiente (Anguita, 2017).

En el paciente pueden aparecer dos aspectos cuando se trabaja los ejercicios de ACT, por un lado, por agradar a la figura de autoridad, es decir, al terapeuta en un caso ya en terapia, el paciente será participativo, colaborativo, llevará a cabo las pautas que indique el profesional de salud mental y, por otro lado, pueden llegar a sentir el final de la terapia como algo desastroso, esto causado por la dependencia que sienten hacia los demás Bornstein, 1993^a como se citó en (Anguita, 2017).

A partir de los trabajos consultados de autores como Aiquipa, 2018; Bornstein, 1992, 1993a, 1993b 2006, 2012; Castelló, 2000, 2005; Hoogstad, 2008; Izquierdo Martínez y Gómez-Acosta, 2013; Lemos et al. 2006, 2007; Moral y Sirvent, 2007, 2008, 2009, 2014; Riso, 2009; Rodríguez de Medina, 2013; Salcedo y Serra, 2013; Sahar, 2008; Sirvent, 2000; Urbiola et al., 2014 finalmente con toda esta bibliografía (Anguita, 2017) crea una propuesta de intervención sesión a sesión para personas con dependencia emocional tras una ruptura:

“Se proponen 20 sesiones de 1 hora y media cada una. Se plantean sesiones semanales, hasta la fase de prevención de recaídas, en la que se espaciarán las sesiones entre sí 15 días y un mes” (p.16) mientras que las dos últimas sesiones se darán a los 6 meses y finalmente al año.

Sesión 1: Evaluación de la dependencia emocional

El primer paso será evaluar al paciente mediante una entrevista clínica propuesta por (Castelló, 2005):

1. ¿Cómo definirías la relación con tu familia cuando eras pequeño/a? ¿Dirías que tu infancia fue feliz? ¿Podrías describir a tu familia y tu relación con cada miembro?
2. ¿Cuántas relaciones de pareja has tenido a lo largo de tu vida?
3. ¿Qué tipo de personas te gustan como pareja?

4. ¿Qué papel has asumido en tus relaciones? ¿Crees que has sido dominante, sumiso, admirador de tu pareja, necesitado de cariño, independiente etc.?

5. ¿Consideras que tus relaciones han sido equilibradas? ¿Ambos aportabais emocionalmente lo mismo?

6. ¿Qué tipo de cosas has soportado para que la relación no se rompiera?

7. ¿Necesitas siempre la compañía de tu pareja o estar en contacto con ella, hasta el punto de resultar una molestia en muchas ocasiones?

8. ¿Has dedicado tiempo a tus amistades o a tus responsabilidades laborales y familiares mientras estabas en pareja, o las has descuidado para vivir solo para ella?

9. ¿Al principio de la relación, te ilusionas y te entregas demasiado?

10. En tus relaciones de pareja, ¿quién ha roto las relaciones? ¿Cómo te has sentido tras la ruptura?

11. ¿Has seguido buscando contacto con tus ex parejas para implorarles reanudar la relación? ¿Has intentado empezar inmediatamente otra?

12. ¿Durante cuánto tiempo has estado sin pareja después de una relación? ¿Por qué?

13. ¿Alguna vez has recibido tratamiento por problemas de ansiedad o depresión, o has sentido que lo necesitabas?

14. ¿Has sufrido o sufres actualmente problemas con la comida? ¿Has sufrido o sufres dolores en tu cuerpo sin aparente explicación?

15. ¿Intentas siempre ser aceptado por la gente y causar buena impresión?

16. ¿Te quieres a ti mismo?

Anguita, (2017) menciona que no se debe olvidar evaluar posibles adicciones o ideaciones suicidas, además sugiere el uso del Cuestionario Dependencia Emocional (CDE) de (Lemos & Londoño, 2006) y una vez recogida los datos suficientes en la evaluación inicial, se llevará a cabo un diagnóstico diferencial que pueden excluir:

Trastorno de Personalidad por Dependencia (TPD): el paciente con dependencia emocional presentará un tipo de dependencia afectiva, mientras que el paciente con TDP mostrará un tipo de

dependencia instrumental. Este irá dirigido a varias personas a diferencia del dependiente emocional que se centra únicamente en la pareja.

Alteraciones del estado de ánimo (especialmente depresión mayor y Trastornos psiquiátricos: No se deben excluir los trastornos del estado de ánimo en pacientes con dependencia emocional porque ambas pueden ocurrir al mismo tiempo. Y aún más después de finalizar una relación. Una conversación más completa con el paciente ayudará a aclarar el diagnóstico, se debe observar cuáles son los pensamientos, sentimientos y comportamientos, su nivel de autoestima, etc. Así como investigar la historia de una relación romántica, comprobar si es una relación simétricamente o tal vez cómo vivió el final de esta, de la misma manera cómo sobrevivió a los períodos de soledad, etc. Si es necesario, puede utilizar pruebas psicológicas para ayudar a determinar la presencia de una posible depresión, mediante el BDI-II (Inventario depresión de Beck-II).

Trastornos de Ansiedad: tampoco se puede descartar la existencia de algún trastorno de ansiedad o de sintomatología ansiosa.

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP): los pacientes con TLP suelen tener dependencia, al igual que en el TPD, hacía varias personas (madre, pareja, etc.). Pero el vínculo con estas personas objeto de dependencia es oscilante; viaja constantemente de un extremo a otro del continuo vinculación-desvinculación. Los síntomas en TLP son mucho más espectaculares y se manifiestan en varias dimensiones de la vida del sujeto (no sólo en la relación de pareja) (Castelló, 2005).

Adicción al amor: para diagnosticar adicción al amor, el paciente tiene que estar en una relación en la actualidad, el adicto al amor sería dependiente emocional solo en la relación actual. No encontraríamos señales de dependencia si le preguntamos por su historial de relaciones (Castelló, 2005).

“Dado que la dependencia emocional no está recogida en los manuales clínicos actuales, no hallaremos Tratamientos Basados en la Evidencia” (Anguita, 2017, p. 22).

Sesión 2: Aumentar la conciencia del problema y la motivación para el cambio

Debido a la mala gestión emocional por parte del paciente este puede sentir gran malestar al acudir a consulta es por ello que se debe ofrecer psicoeducación sobre la dependencia emocional.

También sobre las fases características de las relaciones de personas con dependencia emocional, según Castelló (2005).

Las relaciones amorosas de las personas que sufren dependencia emocional suelen pasar por una serie de fases. A continuación, voy a comentarlas una a una, y cabe la posibilidad de que te llegues a identificar con alguna, o incluso con todas. La primera fase es la de euforia, al comienzo de la relación. Es una etapa de verdadera felicidad. Se comienza a idealizar a la pareja, y a formarse expectativas exageradas sobre el futuro de la relación. Todo el mundo parece girar alrededor de este nuevo amor. Después llega la segunda fase, la de subordinación. A partir de aquí, los roles de dominante y subordinado de ambos miembros de la pareja empiezan a establecerse y a perpetuarse, ya que se refuerzan mutuamente de forma constante. La persona que sufre dependencia emocional comienza a autoanularse y a dejar de lado sus propias necesidades, deseos y opiniones e incluso consigue a aislarse de sus seres queridos con el fin de dedicarse completamente a la relación. Esto afecta aún más a la ya pobre autoestima del dependiente emocional, que no soporta estar consigo mismo y consigue “evadirse” buscando la cercanía con la pareja. El tiempo pasa, y la relación evoluciona a la fase de deterioro o de desequilibrio extremo. Es la fase más larga de la relación, en la que se han acentuado las características de la fase anterior. Se afianzan más los roles de cada miembro de la pareja, se anula cada vez más el miembro dependiente y su autoestima se daña aún más. El sufrimiento es aún mayor que antes. Existe un miedo extremo a verse sin la pareja, y se hará lo imposible por retenerla (aunque tenga que soportar maltrato físico, psicológico o infidelidades). La situación es insostenible, y con ello llega la ruptura de la relación. Ello provoca un dolor intenso y un sentimiento de soledad y vacío, que llevarán a iniciar continuos intentos de acercamiento a la expareja. Si se logra algún tipo de acercamiento, supondrá un alivio inmediato a corto plazo, pero a largo plazo sólo perpetuará el malestar. Este malestar dura un largo periodo, en el que la persona con dependencia emocional suele recurrir (aunque no siempre es así) a relaciones de transición. Estas relaciones se dan con personas hacia las que no se desarrolla una dependencia, simplemente alivian los sentimientos de soledad y la necesidad de cercanía. El malestar por la ruptura sólo quedará completamente mitigado si la expareja accede a volver, o se encuentra una nueva pareja que conlleve el recomienzo del ciclo.

¿Qué te parece todo esto?; ¿Te sientes identificado con algo?; ¿Sientes que tu historia es parecida?

Además, se destaca la importancia del uso de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick citados por (Anguita, 2017) con el objetivo de desarrollar la motivación personal del paciente. Se le ofrece “ayuda activa”, utilizando la metáfora del “Hombre en el hoyo” para que sea consciente de que, con los recursos que posee en la actualidad, no puede aplacar solo el problema, esta es la metáfora:

Un hombre iba por el campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le había dicho que su tarea consistía en correr por ese campo con los ojos vendados. El hombre no sabía que en la granja había hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empezó a correr por el campo y cayó en uno de esos grandes agujeros. Empezó a palpar las paredes del hoyo y se dio cuenta de que no podía saltar fuera y de que tampoco había otras vías de escape. Miro en la bolsa de herramientas que le habían dado, para ver si había algo que pudiera usar para escapar del hoyo, y encontró una pala. Eso es todo lo que tenía. Así que empezó con diligencia, pero muy pronto advirtió que no salía del hoyo. Intento cavar más y más y más y más rápido, pero seguía en el hoyo. Lo intento con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero seguía en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo, lo único que conseguía es que el hoyo se hiciese cada vez más y más profundo. Entonces se dio cuenta, que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grandes. Entonces empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución, ya que cavando no podía conseguir una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más.

Sesión 3: Superar el síndrome de abstinencia

Se determinará la abstinencia desde el comienzo, estableciendo la evitación con el objeto de dependencia emocional evitando a toda costa cualquier contacto tomando medidas como:

Dejar el teléfono para evitar la tentación de llamar o escribir mensajes.

Limitar la conexión a internet en casa, para evitar el espionaje en las redes sociales y si es necesario el uso se implementarán normas como: usar internet en casa de algún familiar, de forma vigilada, etc.

Descartar objetos en casa que puedan evocar recuerdos sobre la expareja

Evitar lugares asociados al recuerdo de la expareja y buscarán caminos alternativos con el objetivo de no pasar directamente por ellos.

Sesión 4: Aumentar el nivel de autoestima

Una de las temáticas principales para abordar en el presente trabajo de investigación realizado por (Anguita, 2017) considera que es aumentar el nivel de autoestima, basadas en el modelo de intervención diseñado por Mora y Raich (2005):

1. Identificación de los pensamientos automáticos negativos
2. Corrección de los pensamientos automáticos mediante debate
3. Elaboración de un pensamiento alternativo más adaptativo
4. Fomento de una autopercepción más positiva o autoaceptación
5. Planificación de actividades agradables
6. Identificación de creencias profundas
7. Corrección de las creencias profundas mediante debate
8. Elaboración de creencias profundas alternativas más adaptativas

En esta cuarta sesión se comenzará por la fase 1.

1. Identificar los pensamientos automáticos negativos del paciente que contribuyen a la merma de su autoestima.

Se debe entrenar al paciente para que logre identificar estos pensamientos en situaciones cotidianas, mediante la instrucción en el esquema A-B-C. Se proporcionará un autorregistro en el que debe especificar las características de la situación vivida, los pensamientos que han surgido ante la situación (así como el nivel de credibilidad atribuida a los mismos) las emociones y conductas derivadas de la aparición del pensamiento.

Lo mejor es que rellene el autorregistro con la mayor inmediatez posible. Algunos pensamientos automáticos que pueden surgir en la vida cotidiana del dependiente emocional son: “si no consigo que mi pareja vuelva conmigo, no sirvo para nada”; “si no tengo pareja, no valgo para nada”; “me ha dejado porque soy insoportable”; “seguro que ahora estará con otra pareja mejor que yo”; “mi vida dejará de tener sentido”; etc., (Anguita, 2017).

Sesión 5: Aumentar el nivel de autoestima

En esta sesión, se abordarán los pasos 2 y 3 de las fases de intervención sobre la autoestima Mora y Raich, (2005) citados en si investigación por (Anguita, 2017):

2. Corregir los pensamientos automáticos. A partir del autorregistro del paciente, se abordarán ahora los pensamientos automáticos negativos mediante el uso de la interrogación socrática, con el objetivo de que sea el propio paciente el que llegue a las respuestas oportunas. Algunas preguntas que pueden plantearse son:

- ¿Qué evidencias hay de que ese pensamiento es cierto? ¿Y qué evidencias hay en contra? ¿Qué probabilidad hay de que se trate de un pensamiento verdadero?
- ¿Otras personas pensarían igual en la misma situación? ¿Qué pensarías si un familiar o amigo tuyo pensase así?
- Suponiendo que las cosas son como las piensas, ¿serían tan terribles?
- ¿Te ayuda en algo pensar de esa manera? ¿Te ayuda a obtener tus objetivos?
- ¿Tus problemas se solucionan por pensar así?
- Si esta forma de pensar no te sirve de ayuda para lograr algo, y además te hace sentir malestar, ¿sería mejor centrarse en otro pensamiento alternativo que te haga sentir mejor?
- ¿Encuentras alguna solución alternativa para esa situación?
- ¿Qué otros pensamientos alternativos pueden darse ante la misma situación? ¿Qué evidencias hay a favor y en contra de estos pensamientos alternativos?

Se busca aumentar el nivel de objetividad sobre los pensamientos, ayudando al paciente a que desarrolle una actitud crítica ante ellos. Se le entrenará para que ponga a prueba la validez de los pensamientos, y para que evalúe la utilidad de los mismos según las emociones y conductas que desencadenan.

3. Elaboración de un pensamiento alternativo más adaptativo. Se ayudará al paciente a que cree un pensamiento alternativo más adaptativo, a partir de las respuestas obtenidas mediante la interrogación socrática y los posteriores análisis del pensamiento negativo. Una vez elaborado, el paciente debe aplicarle un nivel de credibilidad al nuevo pensamiento, para poder contrastarlo

posteriormente con el nivel de credibilidad que atribuyó al pensamiento automático negativo (p.28).

Sesión 6: Aumentar el nivel de autoestima

En esta sesión, se abordará el punto 4 de las fases de intervención sobre la autoestima.

4. Fomentar una autopercepción más positiva o autoaceptación. Para lograr este objetivo, se empezará a focalizar la atención sobre los puntos fuertes del paciente en distintas áreas. Se le pide que identifique aquellos aspectos de sí mismo que le resultan positivos, ya sean de su aspecto físico, de la forma de relacionarse con los demás, de su personalidad, de su rendimiento académico o laboral, de su funcionamiento cognitivo (nivel de creatividad, intuición, capacidad de aprendizaje, etc.) de su sexualidad o acerca de sus habilidades, talentos o destrezas.

Con el fin de interiorizar aspectos positivos sobre sí mismo, se prescriben las siguientes tareas para casa dirigidas al paciente:

Al final de cada día de la semana, seleccionará una cualidad de su lista de puntos fuertes y fortalezas y recreará mentalmente escenas de su historia en las que haya estado presente esta cualidad. Puede añadir estas situaciones al listado elaborado en terapia para mantenerlas presentes. Debe concentrarse en el estado de ánimo que incitan estos recuerdos.

Escribir cada cualidad o fortaleza en post-its, y distribuirlos por todas las habitaciones de su casa. De esta manera, cada vez que se mueva por ella leerá distintas cualidades positivas de sí mismo.

En consulta se buscarán ejemplos de conductas para realizar durante la semana en las que aplique estas cualidades. Estas conductas deben concretarse muy bien: día de la semana para llevarla a cabo, lugar (trabajo, casa, etc.), personas con las que se aplican (familia, amigos, etc.)

Llevar a cabo la práctica del savouring una vez al día, que es la forma de aumentar el disfrute de nuestras experiencias, en distintas actividades cotidianas: mientras come, mientras se ducha, etc. Tras cada práctica, intentará identificar las diferencias con otras ejecuciones sin savouring. (Anguita, 2017. p. 29).

Sesión 7: Aumentar el nivel de autoestima y aumentar la frecuencia de emociones positivas

En esta sesión, se abordarán las fases 5 y 6 de la intervención sobre la autoestima Mora y Raich, (2005) citados por (Anguita, 2017):

5. Planificación de actividades agradables: los pacientes con dependencia emocional reducen las fuentes de reforzamiento positivo al centrar su mundo únicamente en la pareja. El objetivo de este punto es aumentar el número de fuentes de refuerzo. Se comenzará prescribiendo actividades que se sepa que el paciente va a ser capaz de llevar a cabo. Se acordarán con el paciente dichas actividades de la manera más concreta posible: tipo de actividad, tiempo que piensa dedicarle, día de la semana que planea llevarlo a cabo, etc. Es posible que en este punto no sea capaz de sugerir ninguna actividad placentera. Como recurso, se pueden realizar preguntas del tipo “¿Qué actividades realizabas antes de empezar la relación que te resultaban satisfactorias?”; “Cuando eras más joven, ¿con qué disfrutabas?”. Es importante señalar al paciente que en las primeras ejecuciones no debe obligarse a disfrutar, simplemente vale con que las lleve a cabo. Se empezará con actividades de menor dificultad o menor desagrado.

6. Identificación de creencias profundas. Para Mora y Raich (2005) citados por (Anguita, 2017), las experiencias tempranas del paciente gestan ideas sobre uno mismo. Los pensamientos automáticos abordados al inicio de la terapia son la forma más superficial de estas ideas. A un nivel más profundo, se dan en el sujeto creencias centrales y reglas de vida. Se manifiestan en forma de afirmaciones más generales sobre uno mismo: “no sirvo para nada”; “soy inferior a todo el mundo”; “no se me da nada bien”; “un solo error es la muestra de que no valgo en absoluto para nada”; “mi valor como persona lo determina el estar o no en pareja”; etc. Para ayudar a la identificación de estas creencias en consulta, se pueden observar los temas comunes que giran en torno a los pensamientos automáticos de los anteriores autorregistros. Se instruye al paciente para que complete otro nuevo autorregistro para estas creencias. Como en el caso de los pensamientos automáticos, es necesario que lo complete con la mayor inmediatez posible (p. 31).

Sesión 8: Aumentar el nivel de autoestima y aumentar la frecuencia de emociones positivas

En esta sesión, se abordarán las fases 7 y 8 de la intervención sobre la autoestima Mora y Raich, (2005) citados por (Anguita, 2017).

7. Corrección de las creencias profundas mediante debate. Al igual que con los pensamientos automáticos, se busca reestructurar las creencias profundas mediante el uso de la interrogación socrática. Se puede evaluar la utilidad de las creencias profundas en la vida del paciente, haciéndole ver que sólo le causan malestar y que no obtiene ningún rendimiento de las mismas.

8. Elaboración de creencias profundas alternativas más adaptativas. El último paso del trabajo con las creencias profundas es la creación de nuevas creencias alternativas con el paciente. Se formulará cada creencia de nuevo; por ejemplo, se formularía la creencia de “sin mi pareja no soy nada” como “aunque sea desagradable la ruptura y me cause malestar, mi valor no depende de que tenga pareja o no”.

Sesión 9: Aumentar el nivel de autoestima y la frecuencia de emociones positivas

En esta sesión, se abordarán nuevamente las fases 7 y 8 de la intervención sobre la autoestima (Mora y Raich, 2005), explicadas en la sesión anterior.

Sesión 10: Fomentar la autonomía del paciente

Para fomentar su autonomía en situaciones futuras, se trabajará en esta sesión el entrenamiento en solución de problemas propuesto por D’Zurilla y Goldfried (1971) citado en la investigación de (Anguita, 2017):

Pediremos al paciente que escoja un problema que presente en la actualidad, con el fin de trabajar sobre él. Las etapas de este entrenamiento son:

Orientación hacia el problema: hay que aclarar al paciente que, un problema, por definición, es algo que tiene solución; si no, no es un problema. Varios trabajos sobre solución de problemas han encontrado que esta fase del proceso es la que más relación tiene con síntomas psicopatológicos.

Definición y formulación: es importante recabar toda la información posible sobre el problema, sobre su naturaleza, su significado para el paciente, cómo afecta al bienestar propio, etc. Es necesario definir de forma operativa el problema, e identificar y definir todos sus elementos. El

tener claros los distintos elementos del problema ayuda a discernir qué es lo trascendente del mismo, y qué es lo irrelevante.

Generación de soluciones alternativas: en esta fase, se trata de generar el mayor número posible de soluciones que pueden aplicarse al problema. Tienen que ser muchas y variadas. Si el paciente tiene dificultades para pensar en alternativas, se le pueden sugerir algunas incluso disparatadas.

Toma de decisiones: para esta etapa, se deben valorar todas las alternativas una a una. Para facilitar el posterior descarte de alternativas, se puede establecer un sistema de puntuaciones según la eficacia percibida para dicha solución, según su viabilidad, etc. El paciente debe quedarse con una solución final. A partir de esa decisión, se elaborará un plan de acción para llevarla a cabo.

Llevar a cabo el plan de acción y verificar el resultado: el paciente debe aplicar el plan elaborado en la fase anterior y comprobar su eficacia. Con el fin de aumentar la probabilidad de ejecución del plan de acción completo, se le instruirá para que emita autovebalizaciones positivas del tipo “¡Muy bien!” o “¡Lo hice!”. Si el resultado del plan no es el esperado, es posible que el paciente tienda a realizar análisis retrospectivos del tipo “Si hubiese escogido la opción B en lugar de la C, esto no habría pasado”. Para evitar esto, se transmitirá la idea de que dichos análisis son en realidad falsos, ya que nunca podemos llegar a saber qué habría pasado de tomar otro camino (p.34).

Sesión 11: Aumentar el nivel de asertividad

Para lograr un aumento en los niveles de asertividad, se llevará a cabo un entrenamiento en habilidades sociales. Las fases para este entrenamiento están basadas en las propuestas por Caballo (2009) citadas por (Anguita, 2017):

1) Explicación de los diferentes tipos de respuesta en situaciones sociales: asertivo, agresivo, pasivo. Explicación de las ventajas e inconvenientes de cada tipo. Se esperaría que el paciente con dependencia emocional muestre un tipo de estilo pasivo (a no ser que se trate de un caso de dependencia dominante). Su círculo social está habituado a sus respuestas pasivas de sumisión, por lo que hay que alertar al paciente de las distintas reacciones que puede tener su entorno ante su cambio de estilo: extrañeza, intentos por que vuelva al estilo pasivo, etc.

2) Identificación de situaciones y pensamientos automáticos que impidan la conducta asertiva. Reestructuración de los mismos. Según el esquema propuesto con Lange (1981; citado por Caballo, 2009), se debe comenzar el entrenamiento asegurando el establecimiento en el paciente de un sistema de creencias en torno al respeto por los derechos de uno mismo y de los demás. El trabajo previo en autoestima y en el fomento de la autonomía habrían ayudado a sentar las bases de dichas creencias.

3) Ensayo de conducta en consulta. Se recrea en consulta una de las situaciones problemáticas descritas por el paciente. Cada representación durará de 1 a 3 minutos. El paciente debe actuar tal y como lo haría en su entorno.

4) Modelado. El paciente asiste a un ensayo de conducta entre el terapeuta y un modelo sobre la misma situación problemática, pero actuando de forma asertiva. Se ha demostrado una mayor efectividad del modelado cuando el modelo tiene características próximas a las del paciente que asiste al ensayo (en edad, sexo, etc.). No conviene tampoco que el modelo despliegue una competencia social muy elevada, o mermará la motivación del paciente (Caballo, 2009).

5) Comparación de la conducta del paciente y del modelo e instrucciones para reducir las diferencias. De esta forma, el paciente sabrá lo que se espera de él en los ensayos de conducta cuando se pide que emita respuestas asertivas.

6) Moldeamiento. Se repite el ensayo de conducta de nuevo con el paciente. El terapeuta debe emitir refuerzos positivos cada vez que lleve a cabo aproximaciones sucesivas a conductas asertivas. Marcará los aspectos mejorables mediante instrucciones centradas en las conductas (no en el propio paciente).

7) Feed-back del rendimiento del paciente (p.35-36)

Para aumentar la probabilidad de ocurrencia de las nuevas conductas, se entrenará al paciente en auto verbalizaciones positivas en situaciones sociales cada vez que lleve a cabo conductas asertivas. Las auto verbalizaciones serán mensajes cortos pero potentes, del tipo “¡Muy bien!”, “¡Lo hice!”, “¡Qué bien me siento! (Anguita, 2017).

Sesión 12: Aumento del nivel de asertividad

Se llevarán a cabo de nuevo las fases descritas en la sesión anterior

Sesión 13: Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos

Según el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), muchos trastornos psicopatológicos se explican por la Evitación Experiencial (EE) que llevan a cabo las personas que los sufren. Se espera que la práctica de Mindfulness durante el resto de la terapia ayude a, aumentar la tolerancia a ese malestar, y de fusionar esos pensamientos de la conducta explicando al paciente por qué sus intentos por evitar a toda costa la soledad y los sentimientos negativos que forman parte del problema.

Sesión 14: Aumentar la tolerancia a la soledad y a los sentimientos negativos

Para continuar el trabajo en defusión cognitiva, se recurre al ejercicio de “Repetición de pensamientos hasta el absurdo” Se trata de una técnica empleada con la intención de modificar los pensamientos negativos de un paciente, pero no por medio del reemplazo de estos, sino por otros más adaptativos.

Sesión 15: Exposición a estímulos relacionados con la pareja. Aumentar la regulación emocional

Se construirá una jerarquía de 10 ítems con el paciente, ordenados de menor a mayor malestar. Un ejemplo de esta jerarquía puede ser:

- Comer el plato favorito de la expareja
- Ver la película preferida de la expareja
- Escuchar la canción preferida de la expareja
- Ver una fotografía suya
- Tener en las manos una prenda suya
- Ver su perfil en una red social
- Pasar por el sitio donde se conocieron
- Pasar cerca de su casa
- Encontrarse con la expareja por la calle
- Encontrarse con la expareja por la calle con una nueva pareja

En esta sesión se trabajarán los 5 primeros ítems de la jerarquía mediante imaginación. Se entrenará al paciente en respiración, con el objetivo de que disminuya su nivel de malestar al imaginar cada ítem.

Sesión 16: Exposición a estímulos relacionados con la pareja. Aumentar la regulación emocional

En esta sesión, se trabajarán con los últimos ítems de la jerarquía. Tras superar la jerarquía en imaginación, se trabajará para que el paciente se habitúe a los estímulos de forma real. Se solicitará la participación de una persona de confianza para el paciente para que lo acompañe durante la exposición.

Sesión 17: Prevención de recaídas

Al comienzo de esta sesión, se repasará con el paciente el rendimiento en la tarea de exposición a estímulos. También se debe elaborar un plan que seguir en el caso de que el paciente manifieste una recaída puntual. Se debe dejar clara la diferencia entre la recaída, que sería el retorno al estilo de vida previo, y el fallo ocasional. Esta sesión se espaciará en el tiempo 15 días de la sesión número 18.

Sesión 18: Prevención de recaídas

En esta sesión se abordarán las creencias erróneas sobre la pareja y el amor romántico. Se llevará a cabo una psicoeducación sobre el amor y las relaciones de pareja sanas, desechando mediante debate con el paciente creencias concretas como: el mito de “la media naranja”, “los polos opuestos se atraen”, “el amor, si es verdadero, debe durar para siempre” etc.

La sesión 19 tendrá lugar al cabo de 6 meses

Sesión 19: Seguimiento

En esta sesión se evaluará la evolución del paciente y se resolverán dudas y/o dificultades surgidas. La sesión 20 tendrá lugar al cabo de 6 meses.

Sesión 20: Seguimiento

En esta sesión se evaluará la evolución del paciente y se resolverán dudas y/o dificultades surgidas.

4.10 Factores

Los factores presentes en los dependientes emocionales son seis y están descritos a continuación (Castelló, 2005; Lemos y Londoño, 2006; Schaeffer, 2012).

Factor 1 ansiedad de separación: se describen las expresiones emocionales del miedo que se producen ante la posibilidad de disolución de la relación. La ansiedad por separación genera y refuerza las pautas interpersonales de dependencia, la persona se aferra demasiado a su pareja, le asigna significados y lo sobrevalora, lo percibe como necesario para vivir feliz y en calma, y como la opción directa para no sentir la angustia que le genera la soledad.

Factor 2 expresión afectiva: necesidad del sujeto de tener constantes expresiones de afecto de su pareja que reafirmen el amor que se sienten y que calme la sensación de inseguridad. La desconfianza por el amor de la pareja y la necesidad de un amor incondicional llevan a que el dependiente emocional demande de su pareja expresiones constantes de afecto, que le aseguren que es amado.

Factor 3 modificación de planes: el cambio de actividades, planes y comportamientos debido a los deseos implícitos o explícitos por satisfacer a la pareja o a la simple posibilidad de compartir mayor tiempo con ella. Para el dependiente emocional su pareja es el centro de su vida, de tal forma que no existe nada más importante, incluyéndose a sí mismo, a sus hijos o al resto de su familia.

Factor 4 miedo a la soledad: es el temor por no tener una relación de pareja, o por sentir que no es amado. El dependiente emocional necesita a su pareja para sentirse equilibrado y seguro, de tal forma que la soledad es vista como algo aterrador, aspecto que es evitado por el dependiente emocional.

Factor 5 expresión límite: la posible ruptura de una relación para el dependiente emocional puede ser algo tan catastrófico por su enfrentamiento con la soledad y la pérdida del sentido de vida, que puede llevar a que el sujeto realice acciones y manifieste expresiones impulsivas de autoagresión.

Factor 6 búsqueda de atención: se tiende a la búsqueda activa de atención de la pareja para asegurar su permanencia en la relación y tratar de ser el centro en la vida de éste. Se expresa

través de la necesidad psicológica que el dependiente tiene hacia su pareja.

4.11 **Círculo concéntrico**

Los círculos concéntricos son un potente rompehielos (icebreaker) que ofrece a los participantes la oportunidad de expresar sus pensamientos, ideas, opiniones o experiencias con otros a través de conversaciones uno a uno (Rodríguez C. , 2018). Este será utilizado como una actividad de cierre en el programa de prevención sobre dependencia emocional.

4.12 **Capítulo II: Satisfacción Sexual**

“La satisfacción de la necesidad de vinculación afectiva y las necesidades eróticas contribuyen al bienestar tanto personal como social” (Gómez, 2013, pág. 22). La sexualidad forma parte integral del ser humano, está íntimamente relacionada con la calidad de vida, es por ello que a través de estudios científicos, libros etc., indagaremos sobre la sexualidad, concretamente sobre la satisfacción sexual.

Nos emparejamos con la ilusión de que la vida sexual con la persona que amamos será intensa, frecuente y gratificante, pero en ocasiones la convivencia acaba con nuestros deseos sexuales (Zapata & Gutiérrez, 2016). E incluso son los ciclos por los que atravesamos los que pueden alterar la satisfacción sexual dentro de la relación afectiva.

4.13 **Concepciones o Definiciones**

La satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico fundamental en la experiencia sexual de la mujer, cuya naturaleza y relación con otros aspectos ha sido muy poco estudiada Bridge. et al, 2004 citados por (Soria, 2012).

La satisfacción sexual es un factor clave en la salud sexual de todos y, por lo tanto, esto se traduce a un bienestar general en muchos aspectos de la vida. A pesar de su importancia, existen pocos estudios que se centren en el análisis de los factores asociados a ella (Sánchez, 2015).

Es importante el estudio de la sexualidad como parte del comportamiento humano, realizando especial énfasis en la satisfacción sexual entre la pareja y la forma que estos últimos puedan adquirir para comunicar las necesidades que progresivamente van a aparecer. “La satisfacción sexual puede abarcar múltiples significados para las personas, dependiendo de sus experiencias vividas y su subjetividad” (García, et al. 2011). Cada persona tendrá un significado diferente de acuerdo a las necesidades, fantasías, cultura o creencias respecto del amor etc., e incluso dentro la pareja puede existir diferencias.

La satisfacción en pareja requiere reciprocidad positiva en el comportamiento, empatía, escucha, habilidad para expresar y recibir emociones tanto positivas como negativas, pedir cambios a la pareja de forma eficaz, habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas (Zapata y Gutiérrez, 2016). El placer sexual proporciona unión en la pareja, siendo la percepción y evaluación subjetiva de la actitud de complacencia producida por determinadas

conductas sexuales, lo que impactará en ambos géneros produciendo consecutivamente el proceso de excitación y, por lo tanto, proporcionando una experiencia sexual satisfactoria

4.14 Características Según el Género

4.14.1 Mujeres

“Las mujeres consideran que el orgasmo no es lo más importante en una relación sexual, sino la afectividad, ellas califican su satisfacción sexual independientemente de los orgasmos que han tenido” (García, et al. 2011). Para las mujeres lo más importante es la relación que se establece con la pareja dándole más valor al amor, la seguridad que este puede proporcionar, el afecto, la comprensión y no menos importante la tranquilidad.

Las mujeres consideraron algunos factores que contribuyen a la satisfacción sexual tales como: tener juego precoital, experimentar una relación romántica, experimentar placer, satisfacer las necesidades de la pareja, experimentar deseo sexual, conseguir un orgasmo, satisfacción con la relación coital, experimentar un coito de duración deseada y mantener una buena lubricación” (García, et al. 2011).

4.14.2 Hombres

Ellos consideran “al orgasmo como referente de su satisfacción sexual; argumentando que, si no lo experimentaban, la relación sexual no sería satisfactoria. Lo vieron como la eyaculación misma; además coincidieron en que la afectividad está implícita en las relaciones sexuales” (García, et al. 2011).

Los factores más importantes que favorecen la satisfacción sexual en este género son “dar placer a su pareja, conseguir un orgasmo, mantener una buena erección, tener juego precoital, experimentar deseo sexual, satisfacción con todo el acto, evitar eyaculación prematura, tener una relación romántica y no tener ansiedad” (García, et al. 2011).

4.15 Satisfacción Sexual Durante el Embarazo

El embarazo va a incidir directamente sobre la sexualidad debido a los cambios hormonales, físicos, psicológicos y también factores culturales y sociales. Los cambios también se presentan en la relación de pareja, la fluctuación del estado de ánimo, desarrollo de una relación

parental, historias previas de embarazos e incluso abortos, baja autoestima debido a la imagen corporal, son factores que van a influir en la función sexual durante el embarazo.

En un estudio realizado en Cuba acerca de la influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer que se llevó a cabo por (Balestena, Fernandez , y Sanabria , 2014) en una población de 147 mujeres los resultados arrojaron que durante el primer trimestre 57 mujeres estaban satisfechas e insatisfechas frente a 47 que estaban muy satisfechas; en el segundo trimestre 61 mujeres se encontraban moderadamente satisfechas y 44 muy satisfechas, mientras que durante el tercer trimestre 49 mujeres estaban moderadamente insatisfechas y 32 moderadamente satisfechas.

Durante el primer trimestre de embarazo los cambios producidos por la progesterona pueden influir directamente en el comportamiento sexual de las mujeres que atraviesan este periodo, de la misma manera esta hormona puede producir vasodilatación y disminución de la presión arterial provocando fatiga, cambios emocionales relacionados con estados depresivos. Según esta investigación la disminución de la satisfacción sexual fue significativamente mayor durante el tercer trimestre frente al primero (Hoz, 2020).

La ausencia de satisfacción sexual en la embarazada puede dar lugar a problemas que se manifiestan en forma de queja a nivel de deseo, frecuencia de relaciones sexuales, respuesta y comportamiento sexual (Soria, 2012, pág. 29).

Según García, (2016 como se citó en Maiellano, 2020), evidenció que fue menor a medida que avanza la gestación, en aquellas mujeres que referían un nivel de satisfacción sexual "muy bueno" en el primer trimestre, este disminuyó a "bueno" en el segundo y su vez a "regular" en el tercer trimestre del embarazo.

4.16 Modelos y Teorías

La satisfacción sexual es un factor importante en la salud sexual y proporciona bienestar común a los seres humanos. Aún falta mucho por explorar con respecto a la satisfacción sexual como experiencia subjetiva, conjuntamente existe una escasez evidente de modelos teóricos que aborden la importancia de esta variable desde la perspectiva psicológica, a medida que los estudios avancen, estos podrán proporcionar herramientas a los profesionales para abordar al paciente con insatisfacción sexual dentro de la consulta psicológica.

Algunos de los modelos teóricos más relevantes donde se realizó una evaluación mediante escalas de sexualidad proponen que la definición de satisfacción sexual debe integrar la dimensión evaluativa que destaca el éxito biológico en la experiencia sexual y la dimensión afectiva que refiere el sentimiento subjetivo de la felicidad que nace una vez haber obtenido la experiencia sexual (Lawrance y Byers, 1992; Fortenberry, et al. 2014). Pese a existir dificultad a la hora de evaluar si las personas son conscientes de cuando están satisfechos o no (Schwartz y Young, 2009), mencionan que todos sabemos lo que es estar satisfecho o insatisfecho.

Tras la revisión de varios estudios que se realizaron entre 1995 y 2012 Štulhofer y otros autores encontraron algunas características sobre la satisfacción sexual que los menciona en su investigación (Alamán, 2018) “La definen como un constructo que engloba diferentes dimensiones: emocional, relacional física y cultural. Además, estaría relacionada con el bienestar de las personas, su salud mental y la estabilidad y satisfacción en las relaciones románticas” (p. 5).

4.17 **Manifestación o Cuadros Clínicos**

En la actualidad la clínica demuestra que cada vez más son los pacientes que presentan malestar clínicamente significativo asociado a las relaciones sexuales, que requiere intervención desde la Psicología Clínica, es por ello que debemos conocer primeramente como se origina la respuesta sexual. Uno de los grandes avances para la medicina y la sexología fue la primera vez que se conceptualizó la respuesta sexual humana en 1966 por Master y Johnson describiendo las siguientes etapas:

Excitación: surge a partir de estímulos físicos o psicológicos y se manifiesta fisiológicamente por lubricación y erección. Es un fenómeno de congestión vascular.

Meseta: en esta fase se intensifican y mantienen altos niveles de excitación. Tiene una duración variable y se manifiesta por incremento tasa cardiaca y de tensión arterial y muscular, sudoración, tumefacción de genitales externos e internos y su consecución depende de diferentes interacciones psicológicas, neurales, endocrinas y vasculares.

Orgasmo: resultado final de la relación sexual. Punto máximo de tensión máximo e irrefrenable, acumulada desde el inicio. Sensación máxima de placer.

Resolución: etapa final de la conducta sexual caracterizada por la recuperación de valores basales, la flacidez de órganos externos y disminuye la congestión vascular. Se

acompaña de una relajación intensa y de gran cansancio físico, con una duración variable entre varios minutos y una hora. Durante esta etapa es frecuente que los varones no puedan mantener una nueva relación sexual (Gallach, et al. 2018, págs. 145-154).

Para conocer y tratar los diferentes problemas sexuales, conviene saber cómo “funciona” la Respuesta Sexual Humana en sus diferentes fases, como interaccionan entre ellas y como pueden verse alteradas.

Durante la etapa de gestación ocurren cambios en la Respuesta Sexual Humana, por lo tanto, en la fase de *deseo*, el cual puede ser bajo en el primer trimestre, para aumentar en el segundo trimestre del embarazo; la fase *excitación* se ve modificada por la vaso-congestión propia del embarazo, por lo que está para algunas mujeres puede verse acompañada de irritación o dolor, pero para otras mujeres no se ve afectada; en la fase de *meseta* la reducción del diámetro vaginal por la vaso-congestión es mayor, lo que para algunas mujeres es más placentero, pero para otras puede resultar doloroso; en la fase *orgásmica*, tiende a disminuir la capacidad orgásmica a medida que avanza la gestación, ya que la congestión acentuada puede dificultar o incluso impedir el orgasmo; en la fase de *resolución* tienden a disminuir más lentamente los cambios producidos en las fases previas (García M. , 2016, págs. 90-97).

4.18 Causas o Efectos

Harrington en su artículo mencionado por (Ahumada, et al. 2014) indica que “En relación a la salud mental y física, diversas publicaciones han informado de la existencia de una relación entre el deterioro en el funcionamiento sexual y la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y malestar psicológico general” (pág. 280) y en muchos casos el uso de medicamentos para tratar la depresión o enfermedades crónicas pueden alterar y disminuir la satisfacción sexual.

Varios estudios revelan que una de las causas de separación en las parejas se da cuando se les dificulta hablar sobre la actividad sexual cuando se da la insatisfacción sexual, por lo que cuando se produce la comunicación asertiva para entender las necesidades que satisfacen a su pareja se dará mayor satisfacción sexual (Ahumada, et al. 2014).

4.19 Consecuencias

Existe una relación entre satisfacción sexual y calidad de vida, ya que el sentirse satisfecho sexualmente va a influir en la salud en general tanto física como mentalmente. Y ¿qué pasa cuando

esta se ve alterada? Pues existen diversas circunstancias adversas que pueden influir en la satisfacción sexual y es ahí donde vamos observar las consecuencias que pueden surgir mediante la revisión de varios estudios.

Para conocer el impacto que se puede producir en la satisfacción sexual se llevó a cabo un estudio con 347 personas en España durante el 2020 mientras la población estaba en estricto confinamiento y los resultados permitieron concluir que la satisfacción sexual depende de la edad de las personas, donde los más jóvenes tienen mayor grado de satisfacción sexual en comparación de los de mayor edad, sin embargo en este último grupo la satisfacción sexual aumenta si la persona tiene un bajo consumo de pornografía y en los jóvenes disminuye la satisfacción sexual cuando son solteros (Rodríguez, et al. 2021).

En un segundo estudio en ese mismo año tras 6 meses para observar si se produjo algún cambio los resultados indicaron un descenso de la satisfacción sexual en las parejas que estaban separadas, esto resalta la importancia del contacto físico y la proximidad para la satisfacción sexual, algo que la pornografía y la masturbación no puede cubrir. Además, las personas que practicaban sexo esporádicamente sentían menos satisfacción sexual en comparación que los que convivían con la pareja (Rodríguez, et al. 2021).

Estos estudios son de gran relevancia donde se puede identificar varios factores que pueden influir en la satisfacción sexual como la edad, actividades sexuales e incluso puede relacionarse con la convivencia “La no satisfacción de las necesidades sexuales humanas produce efectos negativos para la salud mental y para el funcionamiento posterior, por lo que los resultados encontrados deberían ser considerados en la atención psicológica y sexual que la población pueda requerir” (Rodríguez, et al. 2021).

Por otro lado, varios estudios han arrojado resultados que recalcan las consecuencias en las víctimas de delitos sexuales sufridos en la infancia o en la adolescencia, los cuales se asocian a alteraciones emocionales, inestabilidad en las relaciones íntimas, evitación, insatisfacción etc. el abuso sexual es un factor de riesgo provocando problemas en las relaciones íntimas de pareja (López, et al. 2017).

Las mujeres que han sufrido abuso sexual en la infancia y la adolescencia presentan con mayor frecuencia disfunciones sexuales, definidas como trastornos del deseo, de la excitación, del

orgasmo, trastornos por dolor y rechazo. Se sienten menos satisfechas sexualmente, presentan menos deseo sexual, menos excitación sexual y menor frecuencia de orgasmo (López, et al. 2017).

4.20 **Evaluación o Diagnóstico**

Para llevar a cabo la evaluación de la satisfacción sexual se empleó el siguiente instrumento, La Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) de (Fortenberry, et al. 2014) evalúa 5 dimensiones específicas, sobre la satisfacción sexual desde las perspectivas individual, de pareja y de comportamientos sexuales específicos; además también se puede medir con el cuestionario GMSEX (Global Measure of Sexual Satisfaction) de Lawrance & Byers en 1995, este cuestionario mide de manera global la satisfacción sexual, así como los aspectos positivos y negativos de la relación sexual, utilizada sobre todo en relaciones heterosexuales y de larga duración; finalmente la escala ISS (Index of Sexual Satisfaction) de Hudson, Harrison & Crosscup en 1981, mide la insatisfacción sexual en la pareja, para controlar y evaluar el avance de una intervención en satisfacción sexual.

4.21 **Intervención**

La satisfacción sexual no solo incluye el placer genital ya que a esto se le suma como percibe la pareja la seguridad, confianza, necesidades afectivas o la estabilidad. Es por ello que el consejo sexual en atención primaria plantea un instrumento útil que beneficia a la salud sexual, ya que destaca las líneas básicas por las cuales guiarse durante la intervención.

- El consejo sexual se puede realizar de forma individualizada o también dirigirse a parejas y familias.
- La intervención no debe centrarse en el síntoma, sino en la experiencia sexual del individuo ante el problema.
- Se debe intervenir, además, en los aspectos relacionados con el estilo de vida del paciente que condicionan la calidad de sus relaciones sexuales y la aparición y mantenimiento del problema.
- Debemos insistir en la importancia que los hábitos tóxicos, como el alcohol, el tabaco y otras drogas, tienen en la salud sexual de las personas.

Si trabajamos en pareja, será positivo favorecer un clima que mejore su tolerancia a la frustración y una cierta desdramatización del problema, sugiriendo un cambio en la dinámica de

su relación de pareja, dando más importancia al contacto no genital y fomentando la sensualidad en una relación sin objetivos.

Si observamos problemas de pareja, es conveniente la derivación al sexólogo (Alcoba, et al. 2004. pág. 36).

“«Entrenamiento en consistencia del orgasmo», es un tratamiento estructurado cognitivo-conductual que tiene como objetivo incrementar la satisfacción sexual, la intimidad y el conocimiento mediante la ampliación del repertorio de técnicas y habilidades sexuales de la pareja” (Labrador y Crespo, 2001, pág. 436).

“El tratamiento consta de 10 sesiones semanales de dos horas cada una. Secuencialmente, el tratamiento utiliza el entrenamiento en masturbación directa de la mujer, ejercicios de focalización sensorial, técnicas para incrementar el control voluntario del varón y la técnica de apuntalamiento durante el coito.” (Labrador y Crespo 2001, p. 436).

En una investigación realizada por Palace (1995) citada por (Labrador y Crespo, 2001) menciona que aumentar el nivel de activación general (mediante exposición a situaciones de peligro), en conjunto con un falso feedback, causaba un aumento en la excitación sexual medida tanto con índices fisiológicos como subjetivos.

De acuerdo a (Quinde, 2018) con base a las referencias de varios autores, describe varias técnicas para el proceso de intervención para mejorar la respuesta sexual en las mujeres a través de 4 sesiones:

Plan de intervención

Sesión 1

Título: mi cuerpo está cambiando

Duración: 60 minutos

Técnica: “los refranes” “yo soy -yo siento”

Tras repartir un fragmento de un refrán conocido a cada participante por ejemplo si una participante elije una parte que dice “en boca cerrada” y otra de ellas tendrá “no entran moscas” esto le permitirá a cada participante presentarse ante las demás, tras esto se aplicará la técnica “yo soy – yo siento” que consiste en que tras la presentación mencionen los cambios emocionales y

personales que han presentado con la finalidad de responder ¿quién soy? o ¿cómo me siento? el objetivo en esta técnica es para establecer un ambiente de confianza e interacción grupal y puedan expresar como se sienten en la etapa de embarazo, así como dar a conocer los cambios importantes del embarazo.

Actividades:

Ejercicios de Kegel para fortalecer el suelo pélvico

Contenido teórico

Se procederá a explicar los cambios físicos, mentales y emocionales básicos, desordenes hormonales presentes en el embarazo, así como los cambios físicos y ginecológicos.

Los cambios que van apareciendo son más notorios físicamente y están relacionados con la fisiología del sistema cardiovascular, urinario, digestivo, órganos reproductores, coagulación etc.

- Oscurecimiento de la piel.
- Aumento o crecimiento del útero.
- Cambio del pH
- Dificultad respiratoria en el tercer trimestre especialmente.
- Aumento de los niveles hormonales
- La Nueva apariencia física de la mujer y sus repercusiones psicológicas
- Cambios en el aparato ginecológico de la mujer
- Aumento o disminución del deseo sexual

Sesión 2

Título: “hablemos de mi autoestima”

Duración: 30 minutos

Técnica: “tres experiencias”, “brainstorming”

Se aplicará la actividad que consiste en que cada una de las mujeres en estado de gestación comenten 3 experiencias significativas que hayan ocurrido durante el embarazo, permitiendo crear un ambiente de compañerismo tras esto se aplicará el “couselling” donde las mujeres podrán

reflexionar y tomar decisiones enraizados a sus valores y teniendo en cuenta el estado emocional, el objetivo será sentirse bien consigo misma y discernir entre lo que es beneficioso para sí misma de acuerdo a cada situación.

Contenido teórico

Habrán ocasiones en las que muchas mujeres que atraviesan este estado pueden sentirse menos atractivas e inseguras con respecto a la pareja, uno de los factores estresantes puede ser el miedo a una infidelidad durante el embarazo. Para algunas personas el cambio puede producir una alteración en la imagen erótica de la mujer provocando que olvide su rol de seductora ocasionando que la pareja deje de verla como una amante.

Sesión 3

Título: “Mitos, Tabúes y creencias”

Duración: 40 minutos

Técnica: responder preguntas frecuentes

Se resolverán dudas y se procederá a usar la técnica del “brainstorming”, donde se escribirán mitos, creencias, tabúes, etc., y así poder aclarar mitos y mejorar el conocimiento, el objetivo será resolver los mitos y crear un ambiente donde las mujeres puedan vivir una sexualidad plena.

Contenido teórico

Tras aclarar diferentes mitos que suelen interferir a la hora de tener un disfrute pleno de la sexualidad a la hora de realizarla. Uno de los más frecuentes es que el pene toque el feto y logre lastimarlo, siendo esto completamente falso ya que el bebé está protegido por la cavidad uterina, el líquido amniótico y el cérvix que se mantiene cerrado por el tapón mucoso durante todo el periodo del embarazo. Las relaciones coitales le permiten a la mujer gozar de un disfrute pleno que le permite fortalecer la unión con su pareja asumiendo el nuevo rol de la paternidad sin dejar de lado la pasión entre ambos.

Sesión 4

Título: “Mi pareja y yo”

Duración: 40 min

Técnica: técnica del seminario.

Se mostrarán fichas donde están las principales contraindicaciones del coito explicando las diferentes formas de disfrutar de la sexualidad a través de confianza, caricias, gestos de amor. Por otro lado, se mostrarán las posiciones sexuales más cómodas para la pareja de modo que el objetivo principal es que a raíz de conocer las principales contraindicaciones puedan introducir las posiciones sexuales que más favorecen a los futuros padres.

Contenido teórico

Se explicará 6 posiciones sexuales que se pueden usar durante el trimestre en el que se encuentren a la vez que evitarán la presión en el vientre de la madre.

- El misionero
- La mujer arriba
- Cucharita
- De lado
- Posición lateral
- Sentados

En los casos en los que existe riesgo de aborto o embarazo múltiple, será el profesional médico quien de las contraindicaciones.

4.22 Dimensiones

Los siguientes son los componentes de salud sexual y, en consecuencia, de satisfacción sexual, se deben identificar estos enfoques para extraer las principales dimensiones de la satisfacción sexual (Pérez, 2013):

Sensaciones sexuales: Las sensaciones sexuales placenteras son la base del cambio sexual y, por tanto, la principal motivación para la repetición de los contactos sexuales. Es un círculo virtuoso sencillo; el placer trae más sexo y más sexo aporta más placer.

Conciencia sexual: conocimiento sexual o la capacidad para concentrarse en las sensaciones sexuales y eróticas, es esencial para que las sensaciones sexuales sean placenteras (sensación de intensidad)

Intercambio sexual: es la importancia de la reciprocidad en los contactos sexuales. Las diferencias entre dar y recibir atención sexual y placer, puede afectar la propia satisfacción sexual negativamente.

Apego emocional: está asociado con la satisfacción sexual y su contenido. Se ha argumentado que un vínculo emocional fuerte e íntimo puede generar el interés sexual a largo plazo. Entre mujeres, uno de los mecanismos detrás de la satisfacción sexual podría ser la asociación entre cercanía emocional y la confianza, por otro lado, dejarse llevar sexualmente, lo cual es importante para la eficacia orgásmica.

Actividad sexual: la importancia de la frecuencia, la duración, la variedad y la intensidad de las actividades sexuales para la satisfacción sexual entre mujeres y hombres

5 Metodología

5.1 Enfoque y Diseño de Investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo debido a que cuantificó y examinó los datos recolectados, con un diseño no experimental, porque no manipuló ninguna de las dos variables propuestas en el estudio, y de corte transversal debido a que se dio en un tiempo determinado y único. Además, fue de campo ya que se realizó en el lugar natural donde se encontraba la población.

5.2 Tipo de Investigación

Fue exploratoria, debido a que no se encontraron datos recientes o significativos a nivel local que puedan determinar la relación que existe entre las variables de estudio propuestas en la presente investigación. Además, fue de tipo descriptivo, permitiendo mostrar a través de la evaluación características particulares de cada una de las variables.

Asimismo, fue correlacional, porque dentro del estudio estadístico se determinó la relación de las variables propuestas en la presente investigación, la dependencia emocional y la satisfacción sexual en mujeres en estado de gestación de la ciudad de Loja.

5.3 Área de Estudio

La investigación se realizó en la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” al sur de la ciudad de Loja, en la parroquia San Sebastián, en la Avenida Manuel Agustín Aguirre y Chile, la clínica fue creada con un fin social, para atender las necesidades de la población con profesionales cualificados, para dar servicios diagnósticos e intervención terapéutica oportuna a la comunidad en general y al mismo tiempo para prevenir la enfermedad.

Siendo la visión de la Clínica Hospital garantizar el derecho constitucional de la salud y ese es el objetivo principal brindar atención de calidad a las diferentes áreas de servicio. La misión de la clínica es ofrecer un servicio de salud orientado a la comunidad, basado en los principios éticos, morales, eficaces y oportunos, entregando siempre una atención preventiva o de tratamiento de forma integral.

5.3.1 Población

Estuvo conformada por las mujeres en proceso de gestación en edad de 18 a 45 años de edad, quienes acudieron regularmente al control de su embarazo a la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado” de la ciudad de Loja, durante el periodo mayo- junio del 2022.

5.3.2 Muestra

Para determinar la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, basado en criterios de selección (inclusión y exclusión) que se detallan a continuación.

5.3.2.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres en estado de gestación
- Mujeres mayores de 18 años
- Mujeres que firmaron el consentimiento informado
- Mujeres que tengan una relación sentimental

5.3.2.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres con discapacidad intelectual moderada a grave que les impida leer o entender los instrumentos de recolección de datos.

5.4 Técnicas

Para llevar a cabo el estudio investigativo se empleó la técnica de encuesta a través de los cuestionarios de Dependencia Emocional y la Nueva Escala de Satisfacción sexual.

5.5 Instrumentos de recolección de información

Cuestionario de Dependencia Emocional

Nombre: Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE)

Autores: (Lemos y Londoño, 2006)

Ámbito de aplicación: mayores de 18 años

Objetivo: evaluar factores predominantes de dependencia emocional.

Numero de ítems: 23

Descripción: este cuestionario mide 6 factores de dependencia emocional, ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención.

Interpretación y calificación: las personas deben responder de acuerdo a como se identifiquen según la opción de respuesta donde cada numeración tiene el siguiente significado: 1 completamente falso de mí; 2 mayor parte falso de mí; 3 ligeramente más verdadero que falso; 4 moderadamente verdadero de mí; 5 mayor parte verdadero de mí; 6 me describe perfectamente. Las opciones de respuesta van de 1 a 6.

Una vez completado el cuestionario se sumarán todas las respuestas cuyos valores tienen los siguientes significados

Normalidad (0 a 33)

Dependencia leve (34 a 63)

Dependencia moderada (64 a 97)

Dependencia grave (98 a 138)

Propiedades psicométricas

Validez y Confiabilidad: Mediante el análisis factorial, el nivel de confiabilidad de la prueba obtuvo una Alfa de Cron Bach de 0.927.

5.5.1 Nueva Escala de Satisfacción Sexual

Nombre: Nueva Escala de satisfacción sexual

Autores: Stulhofer A., Busko V., Brouillard P. (2010)

Ámbito de aplicación: 18 años en adelante.

Objetivo: Evaluar grado de satisfacción sexual.

Número de Ítems: 20

Descripción: La Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) evalúa 5 dimensiones específicas, que son: sensaciones sexuales, conciencia sexual, intercambio sexual, apego emocional, actividad sexual.

Interpretación y calificación: Cada pregunta se encuentra valorada en una escala de 1 a 5, en donde 1 equivale a nada satisfecho, 2 poco satisfecho, 3 satisfecho, 4 muy satisfecho y 5 extremadamente satisfecho, se evaluarán las relaciones sexuales a partir de los últimos 6 meses.

La puntuación total se obtendrá sumando todas las respuestas, de acuerdo a la puntuación obtenida tendremos los siguientes resultados

Baja satisfacción sexual (29 a 59 puntos)

Media satisfacción sexual (60 a 69 puntos)

Alta satisfacción sexual (70 a 79 puntos)

Muy alta satisfacción sexual (80 a 98 puntos)

Propiedades psicométricas

Validez y confiabilidad: la escala de satisfacción sexual muestra una confiabilidad de 0,93 en relación al Alpha de Cronbach.

5.6 Consideraciones Éticas

La realización de este estudio se llevó a cabo de acuerdo a los principios éticos como el respeto a las personas, resaltando la intención franca de evitar perjudicar a los elementos objeto de investigación, así como al resto de la sociedad, por lo tanto, se presentó el consentimiento informado, instrumento que busca asegurar que el paciente reciba la información adecuada sobre el proceso investigativo, enfatizando en la importancia de la confidencialidad con el manejo de datos recolectados, de modo que una vez finalizado, los datos no fueron divulgados, debido a que fue indispensable salvaguardar la integridad de cada una de las encuestadas y una vez obtenidos los resultados estos datos fueron descartados y eliminados.

5.7 Procedimiento por Objetivos

Para llevar a cabo el estudio se coordinó con la institución participante, explicando el propósito investigativo a las autoridades del Centro de Apoyo Social Municipal de Loja (CASMUL) y así contar con su autorización, luego se procedió a realizar una presentación formal con las participantes, sobre los objetivos de la investigación, y se les socializó el consentimiento informado para formalizar la participación de las mismas en este estudio y hacer uso de los datos recolectados.

Etapa 1: para identificar la dependencia emocional y el nivel de satisfacción sexual en las mujeres en estado de gestación se utilizó el Cuestionario de Dependencia Emocional CDE y la Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) respectivamente, las cuales fueron aplicadas de forma individual, con una duración de 15 a 20 minutos por persona, durante un mes aproximadamente. Luego se procedió a la calificación de los test para identificar los niveles de dependencia emocional y la satisfacción sexual en las mujeres en estado de gestación.

Etapa 2: se procede a tabular la información, utilizando una matriz de datos en Excel para organizar y analizar las variables de estudio y dar respuesta a los objetivos planteados, además se utilizó el programa IBM SPSS Statics 25.

Etapa 3: en esta etapa es importante mencionar que de manera puntual para el objetivo general se utilizó el método estadístico Tau-b de Kendall que permitió determinar si existe o no la correlación entre las variables de estudio en las mujeres en estado de gestación de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado”, periodo Abril- agosto 2022.

Etapa 4: finalmente se diseñó un plan de intervención psicológico para mujeres en estado de gestación, con el propósito de disminuir la dependencia emocional y mejorar la respuesta sexual denominado “Amor sano, sexualidad plena: Programa de prevención de dependencia emocional y promoción de la satisfacción sexual en mujeres embarazadas”.

6 Resultados

6.1 Objetivo específico 1:

Identificar la dependencia emocional en las mujeres en estado de gestación mediante la utilización del Cuestionario de Dependencia Emocional CDE.

Tabla 1

Dependencia Emocional en las mujeres en estado de gestación

	Frecuencia	Porcentaje
Normalidad	6	9,4
Dependencia leve	27	42,2
Dependencia moderada	19	29,7
Dependencia grave	12	18,8
Total	64	100,0

En cuanto a la tabla 1 que hace referencia a la dependencia emocional en mujeres en estado de gestación se identificó, que del total de la población evaluada el 42,2% presentan dependencia leve y el 9,4% no presenta dependencia (normalidad)

6.2 Objetivo específico 2:

Determinar el nivel de satisfacción sexual de las mujeres en estado de gestación mediante la Escala de Satisfacción Sexual (NSSS).

Tabla 2

Nivel de satisfacción sexual en mujeres en estado de gestación

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	10	15,6

Media	10	15,6
Alta	16	25,0
Muy alta	28	43,8
Total	64	100,0

En la tabla 2 de los niveles de satisfacción sexual en mujeres en estado de gestación, se evidencia que del total de la población investigada el 43,8% presenta un nivel de satisfacción sexual muy alta y el 10% una baja y media satisfacción sexual.

6.3 Objetivo general:

Establecer la relación entre la dependencia emocional y satisfacción sexual en las mujeres en estado de gestación de la ciudad de Loja, periodo 2022.

Tabla 3
Medidas simétricas

		Valor	Error estándar	T	Significación
			asintótico ^a	aproximada ^b	aproximada
Ordinal	porTau-b de Kendall	-,032	,104	-,305	,761
ordinal	Correlación Spearman	de-,038	,122	-,298	,767 ^c
Intervalo	porR de Pearson	-,018	,119	-,144	,886 ^c
Interval					
N de casos válidos		64			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

En la tabla 3 mediante la prueba estadística Tau-b de Kendall que es una medida no paramétrica de correlación, muestra un valor de -,032 por lo que se evidencia una correlación

negativa baja, la significación es mayor al error alfa o nivel de significación establecido, por ende no podemos señalar que existe asociación entre dependencia emocional y satisfacción sexual en las mujeres en estado de gestación de la Clínica Hospital Municipal “Julia Esther González Delgado”, periodo Abril- agosto 2022.

6.4 **Objetivo específico 3**

Diseñar un plan de intervención psicológico en mujeres en estado de gestación con el propósito de disminuir la dependencia emocional y mejorar la respuesta sexual.

Amor sano, sexualidad plena: Programa de prevención de dependencia emocional y promoción de la satisfacción sexual en mujeres embarazadas.

Introducción

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio se elaboró un plan de intervención primaria, en el cual las actividades implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales en mujeres en estado de gestación en el proceso de lograr una salud física y mental positiva, mejorando la calidad de vida y previniendo la aparición de alteraciones conductuales, emocionales o cognitivas sobre dependencia emocional y sexual, a través del enfoque cognitivo conductual que permitirá modificar pensamientos y comportamientos por otros más eficaces, y así la persona dependiente pueda establecer una relación más saludable y adaptativa.

El presente programa de promoción y prevención permitirá psicoeducar sobre la dependencia emocional a las mujeres en estado de gestación mayores de 18 años. Debido a que durante este periodo se encuentran muy vulnerables por los cambios que atraviesan a nivel físico, psicológico y por qué no, también sexuales. Por lo tanto, psicoeducar a las mujeres con respecto a la satisfacción sexual en esta etapa es fundamental, debido a la poca o nula información que suele obtenerse por parte del profesional que da seguimiento durante el embarazo.

Al hablar de la salud sexual, hace referencia a la reciprocidad positiva en el comportamiento, empatía, escucha, habilidad para expresar y recibir emociones tanto positivas como negativas, pedir cambios a la pareja de forma eficaz, habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas (Zapata y Gutiérrez, 2016), es ahí, que la sexualidad cumple un rol importante durante este periodo, los cambios hormonales, emocionales pueden

influir en la percepción de la propia imagen y esto consecuentemente va a producir cambios en la conducta sexual de la gestante, de modo que el objetivo es desmitificar las creencias más populares y así promover una vida sexual saludable.

6.4.1 Taller de prevención: soy libre de amar

Objetivos:

- Psicoeducar a las mujeres embarazadas sobre dependencia emocional.
- Aprender a expresar, reconocer y manejar emociones en mujeres en proceso de gestación

Metodología: El taller de prevención va dirigido a mujeres embarazadas que desean tener relaciones más sanas con su pareja, conocer que es la dependencia emocional, estrategias para prevenirla fomentando el disfrute del tiempo a solas y de su pareja sin la necesidad de depender de ellas. Se llevará a cabo mediante un encuadre didáctico que consta de dos partes, en la primera parte se abordará la psicoeducación y la segunda parte será autorreflexivo, a través de técnicas para expresión y manejo de emociones, mediante el acompañamiento psicológico podrán así, actuar para cambiar ese paradigma, desarrollando herramientas que les permita relacionarse consigo mismas y con el entorno de una manera más saludable. Cada sesión tendrá diferentes objetivos planteados con una duración de 55 minutos una vez por semana.

Recursos humanos: el taller va dirigido a un grupo de 64 mujeres en estado de gestación dividido en pequeños grupos de 12 personas y cada grupo con un psicólogo clínico previamente capacitado en la temática.

Sesión 1

Taller psicoeducativo sobre dependencia emocional

Título: Estrategias educativas para la promoción y educación sobre dependencia emocional.

Técnicas: psicoeducación, retroalimentación, círculo concéntricos

Procedimiento:

1.- Actividad de inicio: alianza terapéutica

Inicialmente se establece una relación armoniosa y de confianza, que permiten a las participantes percibir al terapeuta como alguien empático, tolerante y sin miedo a ser juzgadas. Se llevará a cabo el taller con 10 a 12 participantes, iniciando con la bienvenida y estableciendo el rapport con cada asistente mediante una breve presentación, la cual constará del nombre y una breve descripción de lo que esperan obtener tras finalizar el taller.

Una vez finalizado este segmento, previo a la exposición, se procederá a conocer las creencias asociadas a la dependencia emocional que presentan las mujeres embarazadas, antes de recibir información sobre la temática, de esta manera se entregará a cada una de las presentes un cuestionario con las siguientes preguntas:

¿Cómo definirías a una persona con dependencia emocional?

¿Crees que es una característica que ayuda o dificulta a tu vida diaria? ¿Por qué?

¿Crees que influye en tu desempeño diario? Si crees que sí, ¿de qué manera?

En un segundo momento mediante la actividad de desarrollo se procederá a psicoeducar y explicar diferentes temáticas relacionadas a la dependencia emocional.

2.- Actividad de desarrollo o psicoeducativa:

Tras obtener una definición de lo que creen que es dependencia emocional y como afecta a la vida diaria de cada una, será el psicólogo clínico quien realice la ponencia abordando temática, con base a fundamentos claros y científicos para así prevenir sintomatología patológica.

Temas a tratar	Propósito
Definiciones	Es fundamental que las participantes tengan una definición clara sobre la dependencia emocional debido a que es un patrón constante de necesidades emocionales que presenta la persona dependiente, las cuales intenta remplazar con otras personas, siendo el amor la parte más importante para este y así compensar las carencias emocionales por las que atraviesa, centrando así la energía y tiempo en las relaciones afectivas, viviendo el amor de manera intensa, debido a que sin esta relación, sentirá

	<p>frustración e insatisfacción en todo lo que concierne al área afectiva (Castelló, 2012).</p>
<p>Características de los dependientes emocionales</p>	<p>Esto nos permite identificar a las personas con dependencia emocional porque en las relaciones de pareja sienten la necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia él, se puede evidenciar conductas exageradas como innumerables llamadas, mensajes, apariciones sin previo aviso etc., incluso estos describen una necesidad insaciable de la pareja similar al de una droga. Tras distinguir algunas características de los dependientes emocionales y estas se presentan en la relación, esto debe ser un impulso para buscar ayuda psicológica.</p>
<p>Baja autoestima</p>	<p>Esta es otra área que se ve alterada en los dependientes emocionales, por lo que es de suma importancia conocer las consecuencias de la baja autoestima debido a que afecta directamente a la percepción de ellos mismos, impidiendo percibirse como personas valiosas, talentosas o tener un juicio objetivo respecto a quiénes son, además de las carencias de afecto, este puede desarrollar un cúmulo de sentimientos negativos, incluso asco por sí mismos. Las personas con baja autoestima, tienen problemas de autoaceptación lo que puede significar que son jueces muy severos de sí mismos, que no se respetan o que se tienen demasiada compasión; por lo tanto, el dependiente siempre ocupa un lugar inferior o de sometimiento.</p>
<p>Causas</p>	<p>Según Castelló, (2005) “todos los autores sin excepción consideran que la génesis de este problema radica en la infancia, en relaciones familiares y/o con el entorno bastante insatisfactorias, pobres afectivamente y mezcladas en ocasiones con negligencia, descuidos, malos tratos, etc.” (p. 30) y es precisamente debido a estas carencias emocionales que no fueron satisfechas en la infancia es que ocasionalmente se genera la dependencia emocional hacia otra persona.</p>

Círculo vicioso

Psicoeducación sobre las fases características de las relaciones de personas con dependencia emocional, según Castelló (2005). (Ver Anexo 11.10) permitirá identificar si en algún momento de la relación se ha sentido de esa manera

3.- Actividad de cierre: círculo concéntrico de aprendizaje

Conversatorio sobre dependencia emocional: las cinco primeras personas se posicionaran haciendo un círculo en las sillas, pero todas contra la espalda y la mirada hacía fuera de este; y las otras 5 se sentaran en las sillas de frente en un cara a cara, de modo que quedaran en posición de 5 parejas que irán rotando al socializar y responder cada pregunta durante 40 segundos controlados por el psicólogo clínico a cargo, el cambio de asiento se realizará pasado este tiempo obedeciendo la orden mediante una palmada y al escuchar la voz de “cambio”. De esta manera podrán socializar el contenido del taller que escucharon previamente para tener conceptos claros y diversos puntos de vista+ sobre la dependencia emocional. Las preguntas serán las siguientes:

- ¿Qué es la dependencia emocional?
- ¿Hay características para conocer cómo se presenta la dependencia emocional?
- ¿Considera haber sufrido alguna vez un episodio de dependencia emocional?
- ¿Cree que podría afectar a su desarrollo personal la dependencia emocional?
- ¿Considera a la autoestima como un factor protector frente a la dependencia emocional?
- ¿Qué ideas cambiaron con respecto a la dependencia emocional?

Una vez finalizada esta actividad se agradece a todas las participantes y se las invita a la sesión de la semana siguiente.

Duración: la duración será de 60 minutos

Materiales: pizarra, diapositivas, proyector, esferos, hojas en blanco, sillas.

Sesión 2

Taller autoexpresivo

Título: Equilibrio emocional

Técnicas: reestructuración cognitiva, desarrollo de habilidades sociales, meditación.

Procedimiento:

1.- Actividad de inicio: tras el saludo de bienvenida a las asistentes y el agradecimiento por la asistencia, se realizará una breve retroalimentación sobre la temática abordada en la sesión anterior, incluyendo aportaciones que deseen brindar las participantes de forma voluntaria.

Se enfocará el plan de tratamiento integrando elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual, de la Psicología Positiva, de Mindfulness e incluso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)” (Anguita, 2017, p. 14).

La primera actividad se llevará a cabo mediante la instrucción en el *esquema A-B-C (Anexo II)*. Se proporcionará un autorregistro a cada participante, explicándoles que se debe especificar las características de la situación vivida, los pensamientos que han surgido ante la situación (así como el nivel de credibilidad atribuida a los mismos) las emociones y conductas derivadas de la aparición del pensamiento.

Lo mejor es que rellene el autorregistro con la mayor inmediatez posible. Algunos pensamientos automáticos que pueden surgir en la vida cotidiana del dependiente emocional son: “y si me abandona mi pareja, podría engañarme ahora que estoy muy gorda por el embarazo”; “si no tengo pareja, no valgo para nada”; “podría dejarme porque soy insoportable”; “seguro que va a conocer a otra mejor que yo”; “no podría seguir adelante sin él” etc. Y con el autorregistro se pretende identificar y así corregir esos pensamientos.

A partir del autorregistro del paciente, se abordarán ahora los pensamientos automáticos negativos mediante el uso de la interrogación socrática, con el objetivo de que sea el propio paciente el que llegue a las respuestas oportunas. Algunas preguntas que se podrán plantear son:

- ¿Qué evidencias hay de que ese pensamiento es cierto? ¿Y qué evidencias hay en contra? ¿Qué probabilidad hay de que se trate de un pensamiento verdadero?
- ¿Otras personas pensarían igual en la misma situación? ¿Qué pensarías si un familiar o amigo tuyo pensase así?
- Suponiendo que las cosas son como las piensas, ¿serían tan terribles?

- ¿Te ayuda en algo pensar de esa manera? ¿Te ayuda a obtener tus objetivos?
- ¿Tus problemas se solucionan por pensar así?
- Si esta forma de pensar no te sirve de ayuda para lograr algo, y además te hace sentir malestar, ¿sería mejor centrarse en otro pensamiento alternativo que te haga sentir mejor?
- ¿Encuentras alguna solución alternativa para esa situación?
- ¿Qué otros pensamientos alternativos pueden darse ante la misma situación? ¿Qué evidencias hay a favor y en contra de estos pensamientos alternativos?

2.- Actividad de desarrollo o autoexpresión: para lograr un aumento en los niveles de asertividad, se llevará a cabo un entrenamiento en habilidades sociales. Las fases para este entrenamiento están basadas en las propuestas por Caballo (2009) citadas por (Anguita, 2017):

1) Explicación de los diferentes tipos de respuesta en situaciones sociales: asertivo, agresivo, pasivo. Explicación de las ventajas e inconvenientes de cada tipo. Se esperaría que el paciente con dependencia emocional muestre un tipo de estilo pasivo.

2) Identificación de situaciones y pensamientos automáticos que impidan la conducta asertiva. Reestructuración de los mismos. Según el esquema propuesto con Lange (1981; citado por Caballo, 2009), se debe comenzar el entrenamiento asegurando el establecimiento en el paciente de un sistema de creencias en torno al respeto por los derechos de uno mismo y de los demás, haciendo un breve repaso sobre las creencias de las participantes.

3) Ensayo de conducta en consulta. Se recrea durante la sesión con cada participante una posible situación problemática para que puedan identificarlas y sepan cómo actuar. Cada representación durará de 1 a 3 minutos. El paciente debe actuar tal y como lo haría en su entorno.

4) Modelado. El paciente observará mediante un ensayo de conducta entre el terapeuta y un modelo que será una voluntaria, sobre la misma situación problemática, pero la actuación será de forma asertiva. Se ha demostrado una mayor efectividad del modelado cuando el modelo tiene características próximas a las del paciente que asiste al ensayo (en edad, sexo, etc.).

5) Comparación de la conducta del paciente y del modelo e instrucciones para reducir las diferencias. De esta forma, el paciente sabrá lo que se espera de él en los ensayos de conducta cuando se pide que emita respuestas asertivas.

6) Moldeamiento. Se repite el ensayo de conducta de nuevo con la paciente. El terapeuta debe emitir refuerzos positivos cada vez que lleve a cabo aproximaciones sucesivas a conductas asertivas. Marcará los aspectos mejorables mediante instrucciones centradas en las conductas (no en el propio paciente).

Para aumentar la probabilidad de ocurrencia de las nuevas conductas, se entrenará al paciente en auto verbalizaciones positivas en situaciones sociales cada vez que lleve a cabo conductas asertivas. Las auto verbalizaciones serán mensajes cortos pero potentes, del tipo “¡Muy bien!”, “¡Lo hice!”, “¡Qué bien me siento! (Anguita, 2017).

3.- Actividad de cierre: disfrute del tiempo a solas, esto puede ser restaurador, fortalecer la confianza y hace más fácil que establezcan límites. También puede impulsar la productividad, la interacción con otros y la creatividad. De este modo, el estrés que provoca estar lejos o no tener contacto con el objeto de apego puede ser malo para el cuerpo como para la mente, pudiendo dar lugar a la aparición de somatizaciones como dolores de cabeza, dolores de estómago, presión arterial alta etc. Es por ello que mediante las técnicas de respiración profunda se podrá ayudar al dependiente a relajarse y a aliviar los efectos que produce este estrés en el cuerpo (Anguita, 2017).

Una de las maneras más simples de relajarse es practicando la respiración profunda. Pudiendo realizar estas actividades sobre un tapete o lugar cómodo siguiendo las instrucciones de psicólogo clínico de esta manera:

- Siéntese o acuéstese y coloque una mano sobre su estómago. Coloque su otra mano sobre su corazón.
- Inhale lentamente hasta que sienta que su estómago se eleva.
- Aguante la respiración por un momento.
- Exhale lentamente, sintiendo su estómago descender.

Estos ejercicios ayudaran a canalizar emociones y tranquilizarse ante una situación de estrés. También practicar la meditación puede ayudar a reaccionar de manera más calmada a las emociones y pensamientos, incluso aquellos que provocan estrés.

Duración: 60 – 90 minutos

Materiales: esferos, hojas en blanco, diapositivas, proyector, tapete, esencias.

Taller 2

6.4.2 Taller de promoción: mi sexualidad y yo

Objetivo: desmitificar creencias populares en la población durante el embarazo y promover la salud sexual

Metodología: mi propuesta va dirigida a la creación e instauración de un segmento en el programa Sintoniza tu Mente, donde se abordarán temas sobre la sexualidad dirigido a la población en general, sin dejar de lado a la mujer en estado de gestación. Sintoniza tu Mente es un programa radial donde se aborda la importancia de la salud mental, es un proyecto que nace en la Carrera de Psicología Clínica de la prestigiosa Universidad Nacional de Loja con el objetivo de promover la salud mental en la población. Los resultados obtenidos durante esta investigación, dieron inicio a la creación de un primer segmento que pretende promover la satisfacción sexual, dejando de lado mitos y creencias populares que impiden el disfrute pleno durante este periodo.

El taller de promoción va dirigido a toda la comunidad en general y mujeres embarazadas que desean mejorar la respuesta sexual con su pareja, fomentando el disfrute y reduciendo el estrés que genera la escasa información sobre la sexualidad durante el embarazo y mediante la psicoeducación modificar los pensamientos desadaptativos por otros más eficaces.

Recursos humanos: psicólogo clínico, programa de radio, videocámaras, micrófonos.

Sesión 1

Título: promoción de la salud sexual en el embarazo

Actividad de inicio: se agradece por la apertura de estar frente a la audiencia y así poder llegar a la comunidad con información clara y veraz, abordando un tema que pese a los avances y la modernidad aun es considerado un tabú y es precisamente por esta razón que las mujeres dentro de consulta se abstienen de preguntar dudas acerca de su sexualidad.

Actividad de desarrollo: durante este segmento se abordará primero una definición clara sobre la satisfacción sexual, así como las características de esta mismo en la pareja y un dato curioso, luego se abordarán los principales mitos populares durante el embarazo y los beneficios de las relaciones sexuales durante este estado.

Definición: la satisfacción sexual es un factor clave en la salud sexual de todos y, por lo tanto, esto se traduce a un bienestar general en muchos aspectos de la vida. A pesar de su importancia, existen pocos estudios que se centren en el análisis de los factores asociados a ella (Sánchez, 2015).

La satisfacción en pareja requiere reciprocidad positiva en el comportamiento, empatía, escucha, habilidad para expresar y recibir emociones tanto positivas como negativas, pedir cambios a la pareja de forma eficaz, habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas (Zapata y Gutiérrez, 2016).

Características de la satisfacción sexual en la pareja: mujeres: “las mujeres consideran que el orgasmo no es lo más importante en una relación sexual, sino la afectividad, ellas califican su satisfacción sexual independientemente de los orgasmos que han tenido” (García, et al. 2011). Para las mujeres lo más importante es la relación que se establece con la pareja dándole más valor al amor, la seguridad que este puede proporcionar, el afecto, la comprensión y no menos importante la tranquilidad; mientras que los hombres consideran “al orgasmo como referente de su satisfacción sexual; argumentando que, si no lo experimentaban, la relación sexual no sería satisfactoria. Lo vieron como la eyaculación misma; además coincidieron en que la afectividad está implícita en las relaciones sexuales” (García, et al. 2011).

Dato curioso: además se puede resaltar que en un estudio realizado por Harrington mencionado en su artículo por (Ahumada, et al. 2014) indica que “En relación a la salud mental y física, diversas publicaciones han informado de la existencia de la relación entre el deterioro en el funcionamiento sexual y la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y malestar psicológico general” (p. 280) y en muchos casos el uso de medicamentos para tratar la depresión o enfermedades crónicas pueden alterar y disminuir la satisfacción sexual.

Mitos

1. Miedo de dañar el feto: ya sea el terror de producir un aborto o romper las membranas, el doctor (Vásquez, 2020) nos explica que esto no podría pasar, ya que el bebé está protegido por el líquido amniótico y las gruesas paredes del útero, que además está sellado por una membrana mucosa que lo protege. Además, aunque usted no lo crea, se aconseja que la pareja mantenga su sexualidad activa durante todo el embarazo.

2. Las mujeres pierden la libido por los cambios hormonales: los estudios señalan que esto no es necesariamente verdad, todas las embarazadas tienen distintos deseos y necesidades. “En algunas pacientes se observa el mismo nivel de libido, mientras que en otras aumenta o disminuye. Tiene más relación con factores psicológicos que hormonales, como ocurre en toda la vida” explican los expertos.

3. Las relaciones sexuales pueden inducir el parto: este apartado hace alusión a la etapa final del parto. La razón de esto sería que durante el sexo se producen contracciones uterinas, pero la verdad es que es un mito. Sí se producen contracciones, pero no son las mismas que las de trabajo de parto, tienen menor frecuencia e intensidad, por lo que no pueden hacer que el bebé nazca. Además, no hay suficiente evidencia científica para mostrar si las relaciones sexuales ayudan a iniciar el trabajo.

Beneficios del sexo durante el embarazo

- Refuerza la relación y complicidad de la pareja.
- Aumenta la autoestima.
- Ayuda a asimilar de mejor manera los cambios corporales propios del embarazo.
- Es analgésico, puede aliviar dolores y molestias.
- ¡Es ejercicio físico!, recomendado siempre durante el embarazo.
- El sexo mejora la circulación, es decir, mejor oxigenación para el bebé.

Actividad de cierre: este será un pequeño espacio que se dará para que los presentadores puedan hacer llegar cualquier duda o inquietud al psicólogo clínico por parte de la población, preguntas que podrán escribir en el chat o las redes sociales asociadas a la radio.

Duración: 30 minutos

Materiales: lápices, hojas en blanco.

Una vez abordadas las temáticas se agradecerá a Sintoniza tu Mente, así como a la comunidad por la atención y se dará por finalizada la transmisión del taller en programa radial.

7 Discusión

Esta investigación tuvo como propósito identificar la dependencia emocional y los niveles de satisfacción sexual en mujeres en estado de gestación entre 18 a 45 años, por lo tanto, los resultados determinaron que el 42,2% de las encuestadas presentó dependencia leve, siendo este el dato más significativo, y de acuerdo a la segunda variable el 43,8% tiene muy alta satisfacción sexual.

En un estudio realizado en Ambato acerca de la dependencia afectiva como causante de las relaciones sexuales precoces en adolescentes embarazadas, determinó que un 27,14 % de las encuestadas presentó dependencia emocional leve (Quintanotoa, 2012). Los resultados de ambos estudios destacan la dependencia emocional leve en las mujeres en estado de gestación esto debido que la paternidad actualmente representa un profundo cambio, las mujeres han aumentado su nivel educativo significativamente, incorporándose de forma sólida al campo laboral y enfocándose en su realización personal y profesional de forma independiente; cambiando un poco la visión que se tuvo durante muchos años atrás sobre el papel de la mujer en la sociedad. Actualmente los hombres han aumentado la necesidad de acompañamiento durante este estado y cuidar a su pareja les genera satisfacción porque cumplen con el rol social esperado (Ramírez y Rodríguez, 2014; Laguado, et al. 2019).

Debido a los escasos estudios en mujeres embarazadas se tomó en consideración la investigación de (Pomagualli y Tierra, 2015), en la ciudad de Riobamba sobre dependencia emocional y embarazo en adolescentes, los resultados señalaron que el 47% presentó dependencia emocional moderada. Sin embargo, estos datos difieren de los obtenidos en una investigación llevada a cabo en Piura, donde un 76% no presentó sintomatología dependiente y sólo un 3% señaló dependencia emocional alta (Rujel, 2018).

Respecto a la variable de satisfacción sexual, este estudio determinó que un mayor porcentaje de las mujeres encuestadas presentó muy alta satisfacción sexual, asimismo en una investigación realizada para adaptar la Nueva Escala de Satisfacción Sexual en personas usuarias de redes sociales en España los datos señalan que el 34% de mujeres obtuvieron un nivel de satisfacción alto, destacando que en ambos estudios refieren niveles elevados de satisfacción sexual (Pérez, 2013).

Durante esta investigación los datos indican que un 15,6% presentó baja satisfacción sexual y en la misma cifra satisfacción sexual media, según refiere la literatura, la ausencia de satisfacción sexual en la mujer embarazada puede dar lugar a problemas que se manifiestan en forma de queja a nivel de deseo, frecuencia de relaciones sexuales, respuesta y comportamiento sexual (Soria, 2012, pág. 29).

En un estudio realizado en Colombia con una muestra de 1440 mujeres embarazadas, la satisfacción sexual fue el dominio que mostró el mayor pico ($4,86 \pm 1,74$), ya que la mayoría de las gestantes siguieron considerando satisfactoria su vida sexual a lo largo del embarazo por la mera razón de ser buscadas por sus parejas para el coito (Hoz, 2020).

La baja satisfacción sexual puede deberse a que algunas mujeres durante este estado dejan al margen su deseo sexual y el de su pareja y se centra en el bienestar del bebé por temor a hacerle daño. Recalcando el rol primitivo de madre frente al de pareja. Cuanto más esperado y «costoso» sea el embarazo más se disminuye la vida sexual, y el coito se reemplaza por otras alternativas menos «invasivas» (Panea, et al. 2019).

Por otro lado, según García, 2016 como se citó en (Maiellano, 2020), destaca que la satisfacción sexual fue menor a medida que avanza la gestación, en aquellas mujeres que referían un nivel de satisfacción sexual "muy bueno" en el primer trimestre, este disminuyó a "bueno" en el segundo y su a vez a "regular" en el tercer trimestre del embarazo. Debido al diseño de la presente investigación que fue de corte transversal, es decir que se dio en un tiempo determinado y único no se puede identificar estos cambios durante cada trimestre de embarazo.

8 Conclusiones

1. Este estudio investigativo determinó una correlación negativa baja entre la dependencia emocional y satisfacción sexual en las mujeres en estado de gestación, debido a que los resultados señalaron dependencia emocional leve, demostrando que sobresalen los vínculos afectivos satisfechos y adecuados, por lo que no presentan dependencia emocional patológica, y muy alta satisfacción sexual.
2. En cuanto a la dependencia emocional en su mayoría las mujeres en estado de gestación presentan dependencia emocional leve.
3. El dato más relevante sobre los niveles de satisfacción sexual demostró que las mujeres en estado de gestación presentan muy alta satisfacción sexual.
4. Con base a los resultados alcanzados se diseñó un programa de atención primaria sobre prevención de la dependencia emocional y promoción de la satisfacción sexual.

9 Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se recomienda tomar en cuenta esta referencia, para futuros estudios similares y así poder plasmar alternativas de solución y así lograr una mejor calidad de vida en las personas, a su vez se considera ampliar la muestra con el fin de recoger datos que proporcionen mayor fiabilidad y aportar con información basada en evidencia a la comunidad científica.

Cabe destacar que gran parte de los conocimientos sobre sexualidad de las embarazadas lo encuentran en amigos, internet, Tv, etc., y no de personal sanitario cualificado. Es por ello que se sugiere priorizar la enseñanza de educación sexual durante este periodo a los futuros padres, por parte de profesionales que llevan el control del embarazo.

Se recomienda ejecutar programas de prevención y promoción de atención primaria para evitar o reducir la aparición de sintomatología dependiente por parte del personal capacitado en la temática. Y de esta manera por medio de psicoeducación adquieran los conocimientos necesarios y con ello puedan establecer relaciones saludables, generando bienestar integral.

Abordar el tema desde la perspectiva teórica terapéutica en la formación de los futuros psicólogos clínicos para que, al momento de enfrentar un caso con dependencia emocional alta, puedan abordarlo de manera adecuada por medio de una intervención personalizada y sujeta a las necesidades del paciente.

10 Bibliografía

- Ahumada, S., Lüttges, C., Molina, T., & Torres, S. (2014). Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Revista hospital clínico universidad de Chile*, 25(1), 278-284. Obtenido de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Satisfacci%C3%B3n-sexual.-Revisi%C3%B3n-de-los-factores-individuales-y-de-pareja-relacionados.pdf>
- Aiquipia-Tello, J. (2012). Diseño y validación del inventario de dependencia emocional – IDE. *Revista de Investigación en Psicología*, 15(1), 133-145. Recuperado el abril de 2022, de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3673/2946>
- Alamán, M. (2018). La Satisfacción Sexual Desde una Perspectiva de Apego y Locus de Control. *Universidad Pontificia Comillas ICAI- ICADE.*, 5. Obtenido de <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/31723/1/TFM000965.pdf>
- Alcoba, S., Garcia , G., & San Martín , C. (2004). Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales: atención primaria de calidad. Recuperado el abril de 2022, de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf
- Almendros, C. (211). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27-34. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018004>
- Anguita, A. (2017). PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DEPENDENCIA EMOCIONAL. SUPERACIÓN DE LA DEPENDENCIA TRAS LA RUPTURA DE LA PAREJA. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680162/anguita_corbo_alba_tfm.pdf?sequence=1
- Balestena, J., Fernandez , B., & Sanabria , J. (2014). Influencia de la gestación en la sexualidad de la mujer. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(5), 811-822. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500010&lng=es.

- Bornstein, R., Geiselman, K., Eisenhart, E., & Languirand, M. (2002). Construct validity of the Relationship Profile Test: links with attachment, identity, relatedness, and affect. *Assessment*, 9(4), 373-381.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos Formación, desarrollo y pérdida* (Sexta Edición ed.). Madrid: Morata. Recuperado el abril de 2022, de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YZojEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=bowlby+j.+el+v%C3%ADnculo+afectivo.&ots=za2MDqsKtu&sig=FYdZ_mjR8e0-V7n94RrOIB7WVaI#v=onepage&q=bowlby%20j.%20el%20v%C3%ADnculo%20afectivo.&f=false
- Cardenas, D., & Toledo, C. (diciembre de 2018). EFECTO DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL EN LA RUPTURA DE PAREJAS. *UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO*, 28. Recuperado el abril de 2022, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4254/1/EFECTO%20DE%20LA%20DEPENDENCIA%20EMOCIONAL%20EN%20LA%20RUPTURA%20DE%20PAREJAS.pdf>
- Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional Características y Tratamiento*. Madrid, España: Alianza Editorial S.A. Recuperado el 04 de abril de 2022, de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57133003/Dependencia_emocional_caracteristicas_y_tratamiento_Castellon-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1649179960&Signature=EQiWxR6ZPB9XWUggO6d7V3SsC8p0SdjN747ThcOzCn0PclKm7Rojw-bbrIK2CnuLuu5aww-4Xqtw1e1LRaCjuV~nIT7BZy
- Castelló, J. (2012). *La superación de la dependencia emocional cómo impedir que el amor se convierta en un suplicio*. Málaga: Ediciones Corona Borealis.
- Constituyente, A. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
- Espitia, F. (2020). *Rev.Chil.Obstet. Ginecol.*, 85(5), 537-548. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n5/0717-7526-rchog-85-05-0537.pdf>
- Fortenberry, D., Herbenick, D., Mark, K., Reece, M., & Sanders, S. (2014). A psychometric comparison of three scales and a single-item measure to assess sexual satisfaction. *Journal*

- of Sex Research*, 51(2), 159-169. Recuperado el abril de 2022, de <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.816261>
- Gallach, J., Garcia, J., Izquierdo, A., Robledo, R., Fenollosa, P., Desé, J., & Canos, M. (2018). Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico. *Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico.*, 25(3), 145-154. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3600/2017>
- Garcia, M. (2016). El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. *Matronas profesión*, 17(3), 90-97. Obtenido de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-deseo-sexual-en-el-embarazo.pdf>
- Garcia, M., Ramírez, L., & Uribe, I. (2011). Relación entre estilos de comunicación y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Interamerican Journal of Psychology*, 45, 157-167. Recuperado el abril de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28422741006>
- Gómez, Z. (2013). *Psicología de la Sexualidad*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Hoz, F. J. (2020). Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del Eje Cafetero (COLOMBIA). *Revista Chilena Obstétrica Ginecológica*, 85(5). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000500537&script=sci_arttext_plus&tIng=es#
- ISEP. (2018). COMO ABORDAR LA DEPENDENCIA EMOCIONAL. En N. Córdova. Barcelona. Obtenido de <https://cordoba.isepclinic.es/que-es-la-dependencia-emocional/>
- Labrador, F., & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428-441. Obtenido de <https://www.psicothema.com/pdf/465.pdf>
- Laguado, T., Lafaurie, M., & Vargas, L. (2019). Experiencias de participación de los hombres en el cuidado de su pareja gestante. *Duazary*, 16(1), 79-92. doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2532>
- Lawrance, K., & Byers, S. (1992). Sexual Satisfaction in long-term heterosexual relationships. The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Wiley Online Library*, 2(4), 267-285. Recuperado el abril de 2022, de <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>

- Lemos , M., & Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79890212.pdf>
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol, E., Monteagudo, M., Cobo, J., & Fernández, M. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Maiellano, B. (2020). Interpretación de los cambios en el comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo. *Journal of Negativo and No Positive Results*, 5(10). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020001000004
- Navarro, L. (Abril de 2020). El papel de la Sexualidad en Pareja: Deseo y Satisfacción Sexual. *AESTHESIS Terapia Psicológica*. Obtenido de <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/sexualidad-pareja-deseo-satisfaccion-sexual/>
- OMS. (2018). *La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de la vida*.
- Panea, P., Domínguez, A., Barragán, V., Martos, A., & Fidel, L. (2019). Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. estudio fenomenológico. (P. Central, Ed.) *National Library Of Medicine*, 51(3), 127.134. doi: 10.1016/j.aprim.2018.02.003
- Pereira, M. (Junio de 2019). *isep*. Obtenido de Instituto Superior de Estudios Psicológicos: <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/master-en-terapia-de-pareja-intervencion-terapeutica-en-un-caso-de-dependencia-emocional/#:~:text=Un%20objetivo%20primordial%20de%20la,afecto%20y%20satisfacer%20sus%20necesidades.>
- Pérez, F. (2013). NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL (NSSS) EN USUARIOS DE REDES SOCIALES. *Universwidad de Almeria*, 12-13. Obtenido de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2366/Trabajo.pdf?sequence=1#:~:text=L as%20respuestas%20se%20indican%20en,vida%20sexual%20de%20cada%20persona.>

- Pomagualli, E., & Tierra, C. (2015). DEPENDENCIA EMOCIONAL Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “VÍCTOR PROAÑO - CARRIÓN” DE CALPI, PERIODO MARZO-AGOSTO, 2015. *UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO*. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1344/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2016-0012.pdf>
- Quinde, C. (2018). Programa Educativo para mejorar los conocimientos sobre la respuesta sexual en gestantes atendidas en el Cesamica Setiembre – Diciembre 2018. 64-71. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25795/Quinde_PCL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Quintanotoa, R. (2012). “*LA DEPENDENCIA AFECTIVA COMO CAUSANTE DE LAS RELACIONES SEXUALES PRECOCES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2010 – AGOSTO 2011*”. Ambato. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7647/1/La%20dependencia%20afectiva%20como%20causante%20de%20las%20relaciones%20sexuales%20precoces.pdf>
- Ramírez, H., & Rodríguez, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica. *Matronas*, 15(4), e1-e6. Obtenido de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-beneficios-pareja.pdf>
- Riso, W. (2012). *¿Amar o depender? cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable*. Buenos Aires: emecé. Recuperado el abril de 2022, de http://www.cutonala.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/amar_o_depender._como_superar_el_apego_afectivo_y_hacer_del_amor_una_experiencia_plena_y_saludable_ed._emece_0.pdf
- Rocha, J., Monteiro, N., & Mendes, L. (enero de 2010). Sexuality During Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine An Official Journal of the International Society for Sexual Medicine*, 7(1), 136-142. Recuperado el abril de 2022, de [https://www.jsm.jssexmed.org/article/S1743-6095\(15\)32816-2/fulltext#articleInformation](https://www.jsm.jssexmed.org/article/S1743-6095(15)32816-2/fulltext#articleInformation)

- Rodríguez, C. (2018). *Experiencias Educativas para Mentes Colaborativas*. Madrid. Obtenido de <https://www.aprendercolaborando.com/rompehielos-circulos-concentricos/>
- Rodríguez, C., Lafuente, C., & Durán, M. (2021). Predictores de la Satisfacción Sexual durante el Confinamiento por COVID-19 en España. *Psicothema*, 29(3), 627-646.
- Rujel, D. (2018). *calidad de vida y dependencia emocional en pacientes de ginecología que acuden al hospital de apoyo II*. Piura. Obtenido de <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1789/PSI-RUJ-ZAR-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, M. (2015). Satisfacción sexual análisis de factores asociados e implicaciones clínicas. *dialnet.unirioja*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56194>
- Schaeffer, B. (2012). *¿Es amor o es Adicción?* (Segunda Edición ed.). Minnesota: Hazelden Publishing. Recuperado el 2022, de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=wFbXDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=Adiccion+al+amor&ots=Z_JBP3cZek&sig=Dzwyubdimem6iGmT9hOQ-HRXWLs#v=onepage&q&f=false
- Schwartz, P., & Young, L. (2009). Sexual satisfaction in committed relationships. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 6(1), 1-17. Obtenido de <https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.1.1>
- Sirvent, C., & de la Villa Moral, M. (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891004. Recuperado el abril de 2022, de www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891004
- Soria, B. (2012). ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO. *Universidad de Almeria*. Obtenido de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2543/Trabajo.pdf?sequence>
- Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I., & Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *ELSEVIER*, 23(1), 6-11. doi:10.1016/j.anyes.2016.11.003

Vásquez, P. (2020). *Sexualidad Durante El Embarazo: Mitos Y Realidades*. Obtenido de INDISA:
<https://www.indisa.cl/blog/sexualidad-durante-el-embarazo-mitos-y-realidades/>

Zapata, R., & Gutiérrez, M. (2016). *Salud Sexual y Reproductiva*. Almería: Editorial Universidad de Almería.

11 Anexos

11.1 Anexo 1. Consentimiento Informado

Este documento tiene como objetivo notificar que la participación en la investigación sobre Dependencia Emocional y Satisfacción Sexual en Mujeres Embarazadas de la Ciudad de Loja, Periodo Abril- Agosto 2022. Es de forma voluntaria donde cada aporte que usted nos proporcione será clave para llevarla a cabo; sin embargo, si decide abandonar el proyecto de investigación en calidad de participante en algún momento, puede hacerlo

Los datos obtenidos mediante los reactivos, entrevista y observación que usted puede aportar nos impulsan para la creación de planes de intervención terapéutica y crear herramientas para mejorar las relaciones de pareja, así como implementar estrategias que impulsen la comunicación asertiva| en cuanto a la dependencia emocional y la respuesta sexual, con el objetivo de lograr relaciones sanas y equitativas con base al respeto mutuo. La investigación no produce ningún daño o riesgo y garantiza que una vez obtenidos los resultados se realizará la destrucción total de los datos que usted pudo proporcionar, garantizando la confidencialidad de toda la información obtenida.

Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo al Srta. Katty Jeanina Vaca Tamayo con C.I. 1104316771 a hacer uso de la información que le facilito para la realización del proyecto de investigación con el tema Dependencia Emocional y Satisfacción Sexual en mujeres en estado de gestación de la ciudad de Loja estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Firma: _____ Fecha: _____

11.2 Anexo 2. Cuestionario de Dependencia Emocional (CDI)

CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL CDE

Instrucciones:

Usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo describe. Cuando no esté segura, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto. Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo describa según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6					
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe Perfectamente					
1.	Me siento desamparado cuando estoy solo				1	2	3	4	5	6
2.	Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja				1	2	3	4	5	6
3.	Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla				1	2	3	4	5	6
4.	Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja				1	2	3	4	5	6
5.	Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja				1	2	3	4	5	6
6.	Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo				1	2	3	4	5	6
7.	Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado				1	2	3	4	5	6
8.	Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme				1	2	3	4	5	6
9.	He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje				1	2	3	4	5	6
10.	Soy alguien necesitado y débil				1	2	3	4	5	6
11.	Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo				1	2	3	4	5	6
12.	Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás				1	2	3	4	5	6
13.	Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío				1	2	3	4	5	6
14.	Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto				1	2	3	4	5	6
15.	Siento temor a que mi pareja me abandone				1	2	3	4	5	6
16.	Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella				1	2	3	4	5	6
17.	Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquilo				1	2	3	4	5	6
18.	Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo				1	2	3	4	5	6
19.	No tolero la soledad				1	2	3	4	5	6
20.	Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro				1	2	3	4	5	6
21.	Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella				1	2	3	4	5	6
22.	Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja				1	2	3	4	5	6
23.	Me divierto solo cuando estoy con mi pareja				1	2	3	4	5	6

11.3 Anexo 3. Nueva Escala de Satisfacción

NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL (NSSS)

Piense en su vida sexual durante los últimos seis meses. Por favor, valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos.

MUJER/HOMBRE	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho
1. La intensidad de su excitación sexual					
2. La calidad de sus orgasmos					
3. Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales					
4. Su concentración durante la actividad sexual					
5. La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja					
6. El funcionamiento sexual de su cuerpo					
7. Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales					
8. Su estado de humor después de la actividad sexual					
9. La frecuencia de sus orgasmos					
10. El placer que proporciona a su pareja					
11. El equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo					
12. La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual					
13. La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual					
14. La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo					
15. La entrega de su pareja al placer sexual("desinhibición")					
16. La forma en la que su pareja tiene en cuenta sus necesidades sexuales.					
17. La creatividad sexual de su pareja					
18. La disponibilidad sexual de su pareja					
19. La variedad de sus actividades sexuales					
20. La frecuencia de su actividad					

11.4 Anexo 4 Oficio para desarrollar trabajo de Integración Curricular



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio No. 280- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 01 de junio del 2022

Magister
Ruth Mora Hurtado
DIRECTORA DEL CENTRO DE APOYO SOCIAL MUNICIPAL DE LOJA

De mi consideración:

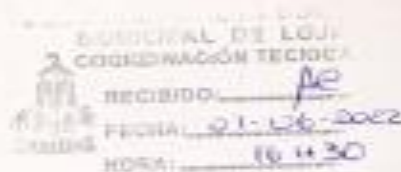
Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. Katty Jeanina Vaca Tamayo CI 1104318771 estudiante del VIII de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la institución que acertadamente dirige Clínica Hospital Municipal "Julia Esther Gonzales Delgado", en el servicio de ginecología con el tema: "DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022". Previo a obtener el Título de Licenciada en Psicología Clínica; además se solicita la apertura para que la estudiante Katty Jeanina Vaca Tamayo pueda aplicar únicamente el Cuestionario de Dependencia Emocional y la Escala de Satisfacción Sexual por un periodo de 3 a 4 semanas de lunes a viernes de 08:00 a 12:00 hasta recolectar la muestra.

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

APDK
Dra Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL



Archivo
APA/tsc



11.5 Anexo 5 Autorización del CASMUL



Casmul
CENTRO DE APOYO SOCIAL MUNICIPAL



Oficio nro. -CASMUL-D-2022-093-OF

Loja, 06 de junio de 2022

ASUNTO: Respuesta a oficio No. 266-C.PS.CL-FDH-UNL

Magister
Ana Puertas Asanza
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**
Loja


De mi consideración:

En referencia al oficio No. 266-C.PS.CL-FSH-UNL, mediante el cual solicita se autorice para que la señorita Katty Jeanina Vaca Tamayo estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su trabajo de integración curricular con el tema: "Dependencia Emocional y Satisfacción Sexual en Mujeres Embarazadas de la Ciudad de Loja, periodo 2022", sobre la base del informe presentado por la licenciada Doris Duque Villavicencio, Coordinadora Técnica del Centro de Apoyo Social Municipal de Loja, conjuntamente con la Coordinadora de la Clínica Hospital Municipal "Julia Esther González Delgado", me permito comunicar a usted que es factible la ejecución del trabajo curricular de acuerdo a su requerimiento.

Agradeceré se digne coordinar con la licenciada Doris Duque Villavicencio, Coordinación Técnica del Centro de Apoyo Social Municipal de Loja, al número de contacto 0995438750.

Con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Mgtr. Ruth Mora Hurtado
**DIRECTORA DEL CENTRO DE APOYO
SOCIAL MUNICIPAL**

Copia: Lic. Doris Duque Villavicencio
COORDINADORA TÉCNICA DEL CASMUL
Archivo de Dirección

bc

11.6 Anexo 6 Fotos





11.7 Anexo 7 Tabla cruzada entre dependencia emocional y satisfacción sexual

Tabla 4

Tabla cruzada

		Tabla cruzada Interpretación Suma Total* Interpretación Índice Global				Total	
		Satisfacción sexual					
		Baja	Media	Alta	Muy alta		
Dependencia emocional	Normalidad	Recuento	0	1	2	3	6
		% dentro de Interpretación Suma Total	0,0%	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
	Dependencia leve	% dentro de Interpretación Índice Global	0,0%	10,0%	12,5%	10,7%	9,4%
		Recuento	6	3	8	10	27
	Dependencia moderada	% dentro de Interpretación Suma Total	22,2%	11,1%	29,6%	37,0%	100,0%
		% dentro de Interpretación Índice Global	60,0%	30,0%	50,0%	35,7%	42,2%
	Dependencia grave	Recuento	2	5	3	9	19
		% dentro de Interpretación Suma Total	10,5%	26,3%	15,8%	47,4%	100,0%
	Total	% dentro de Interpretación Índice Global	20,0%	50,0%	18,8%	32,1%	29,7%
		Recuento	2	1	3	6	12
	Total	% dentro de Interpretación Suma Total	16,7%	8,3%	25,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Interpretación Índice Global	20,0%	10,0%	18,8%	21,4%	18,8%
Total	Recuento	10	10	16	28	64	
	% dentro de Interpretación Suma Total	15,6%	15,6%	25,0%	43,8%	100,0%	
Total		% dentro de Interpretación Índice Global	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

11.8 Anexo 8 Gráfico dependencia emocional- satisfacción sexual

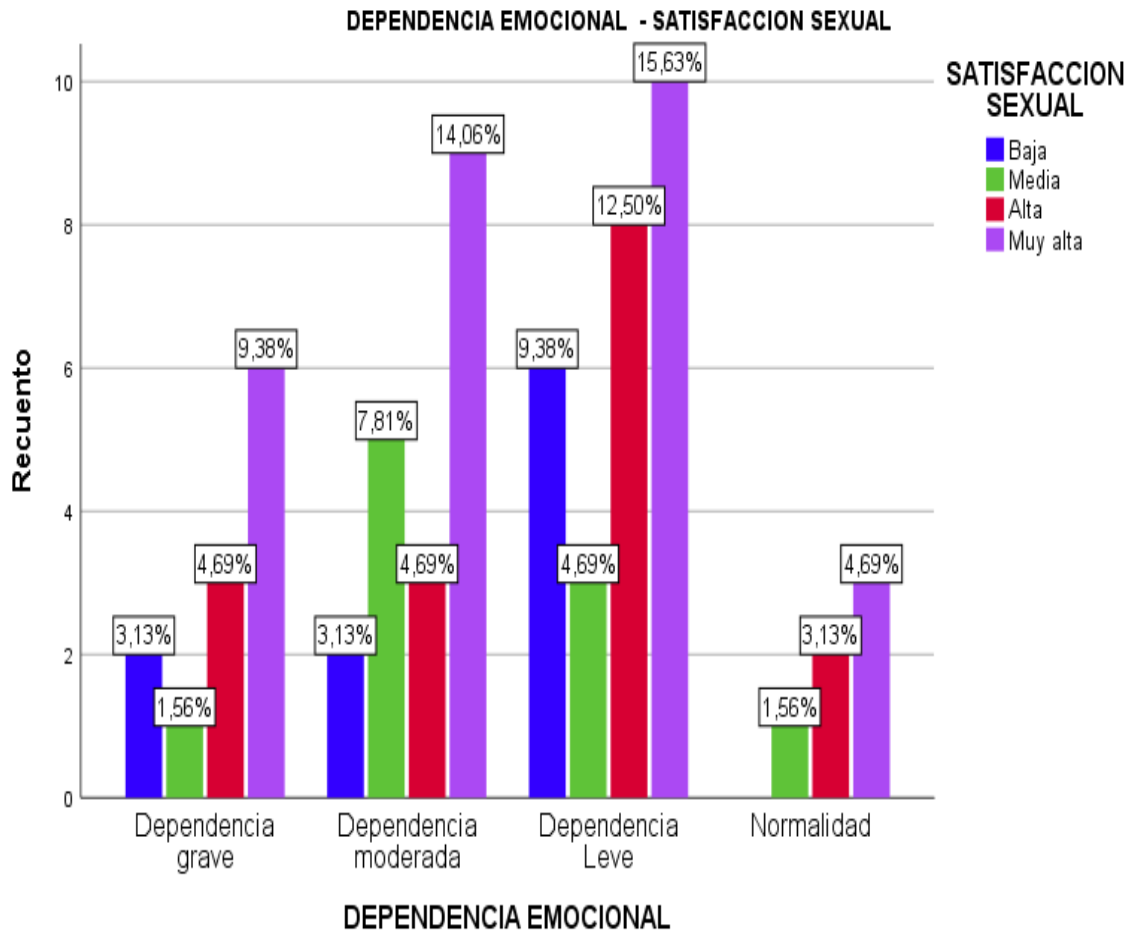


Ilustración 1. Dependencia emocional- Satisfacción sexual

11.9 Anexo 9 Psicoeducación sobre las fases características de las relaciones de personas con dependencia emocional.

Las relaciones amorosas de las personas que sufren dependencia emocional suelen pasar por una serie de fases. A continuación, voy a comentarlas una a una, y cabe la posibilidad de que te llegues a identificar con alguna, o incluso con todas.

La primera fase es la de *euforia*, al comienzo de la relación. Es una etapa de verdadera felicidad. Se comienza a idealizar a la pareja, y a formarse expectativas exageradas sobre el futuro de la relación. Todo el mundo parece girar alrededor de este nuevo amor. Después llega la segunda fase, la de *subordinación*. A partir de aquí, los roles de dominante y subordinado de ambos miembros de la pareja empiezan a establecerse y a perpetuarse, ya que se refuerzan mutuamente de forma constante. La persona que sufre dependencia emocional comienza a auto anularse y a dejar de lado sus propias necesidades, deseos y opiniones e incluso consigue a aislarse de sus seres queridos con el fin de dedicarse completamente a la relación. Esto afecta aún más a la ya pobre autoestima del dependiente emocional, que no soporta estar consigo mismo y consigue “evadirse” buscando la cercanía con la pareja.

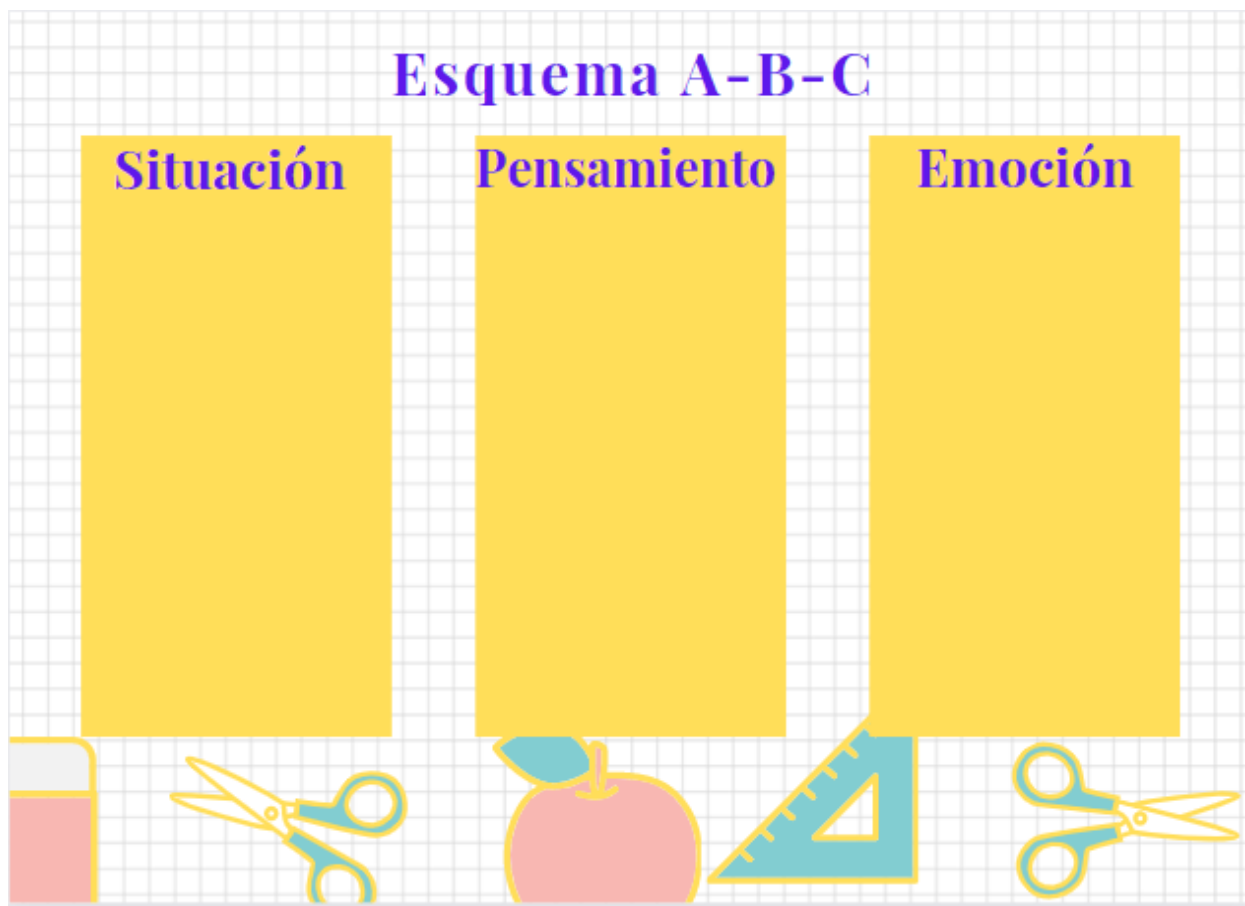
El tiempo pasa, y la relación evoluciona a la fase de *deterioro o de desequilibrio extremo*. Es la fase más larga de la relación, en la que se han acentuado las características de la fase anterior. Se afianzan más los roles de cada miembro de la pareja, se anula cada vez más el miembro dependiente y su autoestima se daña aún más. El sufrimiento es aún mayor que antes. Existe un miedo extremo a verse sin la pareja, y se hará lo imposible por retenerla (aunque tenga que soportar maltrato físico, psicológico o infidelidades). La situación es insostenible, y con ello llega la ruptura de la relación. Ello provoca un dolor intenso y un sentimiento de soledad y vacío, que llevarán a iniciar continuos intentos de acercamiento a la expareja. Si se logra algún tipo de acercamiento, supondrá un alivio inmediato a corto plazo, pero a largo plazo sólo perpetuará el malestar. Este malestar dura un largo periodo, en el que la persona con dependencia emocional suele recurrir (aunque no siempre es así) a relaciones de transición. Estas relaciones se dan con personas hacia las que no se desarrolla una dependencia, simplemente alivian los sentimientos de soledad y la necesidad de cercanía.

El malestar por la ruptura sólo quedará completamente mitigado si la expareja accede a volver, o se encuentra una nueva pareja que conlleve el recomienzo del ciclo.

¿Qué te parece todo esto? ¿Te sientes identificado con algo?

¿Sientes que tu historia es parecida?

11.10 Anexo 10 Esquema A-B-C



11.11 Anexo 11 Certificación de Inglés



FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis " **Dependencia Emocional y Satisfacción Sexual en Mujeres en Estado de Gestación de la Ciudad de Loja, periodo Abril-Agosto 2022.**" autoría de **Katty Jeanina Vaca Tamayo** con número de cédula **1104316771**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 13 de septiembre del 2022



Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

11.12 Anexo 12 Coherencia y Pertinencia



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 13 de junio de 2022

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del Oficio. No. 292- C.PS.CL- FSH-UNL, recibido en mi correo institucional el 03 de junio del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado "**DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN ESTADO DE GESTACIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022**", **autoría de la señorita. Katty Jeanina Vaca Tamayo CI.1104316771**, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, personales y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de su propósito general y específicos.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos, la justificación.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (de 2 a 4 fuentes).

Por tal motivo me permito emitir el **Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado "DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN ESTADO DE GESTACIÓN DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ABRIL- AGOSTO 2022"**.

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,



MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg.Sc.

1104600844

mayra.medina@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

c.c.: Archivo