

Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional

Psychopatological Profile of Affective Dependence patients

Juan José Santamaría¹, Laura Merino¹, Elena Montero¹, Marga Cano^{1,2}, Teresa Fernández^{1,2}, Pere Cubero^{1,3}, Olatz López⁴ y Vega González-Bueso¹

Recibido: 06/03/2015

Aceptado: 30/06/2015

Resumen

Diversos autores defienden la Dependencia Emocional como una categoría diagnóstica propia. El perfil psicopatológico de las personas afectadas por este trastorno ha sido expuesto a nivel teórico o basado en observaciones clínicas. Con este estudio se pretende determinar el perfil psicopatológico de una muestra de pacientes que presentaban problemas de Dependencia Emocional, desadaptativa, así como estudiar la relación entre autoestima y síntomas psicopatológicos. Se analiza el perfil sintomático a través de los resultados del Symptom Checklist-90 items-Revised (SCL-90-R) y el nivel de autoestima medido a través del Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) de una muestra de 33 pacientes de género femenino admitidos consecutivamente, que consultaron por problemas de dependencia emocional. Las pacientes presentaban elevada puntuación en las escalas obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo (medidas a través del SCL-90-R) comparados con baremos normativos de población psiquiátrica española y una autoestima baja (medida a través del RSES). En la muestra la autoestima correlaciona de manera negativa con somatización, obsesión-compulsión, depresión y hostilidad. Se discuten las características y perfiles de esta muestra clínica.

Palabras Clave: Dependencia emocional, dependencia afectiva, trastornos adictivos no relacionados a sustancias, perfil psicopatológico, autoestima.

¹AIS-PRO JUVENTUD Atención e Investigación de Socioadicciones. Barcelona. España.

²Consorci Sanitari del Maresme, Hospital de Mataró, CAD, Salut Mental i Adiccions. Mataró. España.

³Hospital 12 de Octubre, Servicio de Psiquiatría. Madrid. España.

⁴Universidad Católica de Lovaina, sector de Ciencias Humanas, Instituto de Investigación de ciencias psicológicas. Lovaina. Bélgica.

Correspondencia: Vega González Bueso
AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones)
C/ Forn, 7-9 Local
08014, Barcelona, España
E-mail: vgonzalez@ais-info.org

Summary

Several authors defend that Affective Dependence is a diagnostic category. The psychopathological profile of these patients has been explained from a theoretical point of view or based on clinical observations. In that study we want to determinate the pathological profile of a sample of patients with problems of affective dependence, and to study the relationship between their self-esteem and their psychopathological symptoms. We analyzed the symptomatic profile of a sample of 33 female consecutive patients consulting for affective dependence, measured through the Symptom Checklist-90 items-Revised (SCL-90-R) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Patients present high obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, paranoid ideation, psychoticism (measured by the SCL-90-R) compared with normative scores of Spanish psychiatric population, and low self-esteem (measured by the RSES). In these subjects the self-esteem showed negative correlation with somatization, obsessive-compulsive, depression and hostility. These characteristics and profiles are discussed.

Key Words: Affective dependence, behavioral addictions, psychopathological profile, self-esteem.

En los últimos años la comunidad científica está reconociendo que las adicciones no se limitan a las conductas generadas por el consumo descontrolado de sustancias, sino que existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 2010; Griffiths, 2000).

Debido a la evidencia creciente que sugiere la existencia de este tipo de adicciones comportamentales, en el DSM-5 (APA, 2013) se ha propuesto una nueva categoría denominada Trastornos adictivos y relacionados con sustancias, en la que se incluye el apartado Trastornos adictivos no relacionados con sustancias. Actualmente, esta categoría incluye únicamente el trastorno *Gambling Disorder* o Trastorno de Juego, anteriormente llamado Juego Patológico (F63.0), aun así esto supone un paso adelante en el reconocimiento de este tipo de patologías.

Aunque la dependencia emocional se ha estudiado indirectamente enmarcada o como síntoma de otros trastornos, algunos profesionales definen la existencia de una categoría diagnóstica propia (Castelló, 2005), incluyendo este tipo de trastorno dentro de la categoría de adicciones no relacionadas con sustancias (Castelló, 2000; de la Villa y Sirvent, 2009). Varios autores han definido la

dependencia emocional de manera similar. Por ejemplo, de la Villa y Sirvent (2009) definen el comportamiento de estas personas como adictivo a las relaciones interpersonales, basado en un rol asimétrico y en una actitud dependiente cuando se relacionan con el sujeto del que dependen. Por su parte, Castelló (2000) la define como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas. Así como ocurre en otros trastornos, la dependencia emocional se sitúa en el extremo de un continuo basado en un rasgo adaptativo, que en este caso es la vinculación interpersonal.

Se han descrito una serie de características como componentes del trastorno, que en la mayoría de los casos se han basado en conceptos teóricos u observaciones a nivel clínico. Según diversos autores (Castelló, 2000, 2005; Schaeffer, 1998; González-Bueso, 2011), los pacientes con dependencia emocional se caracterizan por: tener una necesidad excesiva de la aprobación de los demás, gusto por las relaciones exclusivas y demanda de disponibilidad continua de la presencia de la otra persona, euforia excesiva y expectativas irreales sobre las relaciones de pareja, además de sometimiento o subordinación a la pareja (llegando a soportar desprecios y humillaciones), relacionado con el miedo a perder la relación.

Respecto a los antecedentes socio-familiares de este tipo de sujetos, la literatura muestra que pueden sufrir o haber sufrido en el seno familiar maltrato emocional y/o físico, tanto por parte de familiares directos como de parejas sentimentales (Castelló, 2000; de la Villa y Sirvent, 2009).

Aunque tradicionalmente se cree que este tipo de problemática es más propia del género femenino, y el número de consultas clínicas, así parece indicarlo, un estudio reciente de González-Jiménez y Hernández-Romera (2014), encuentra que en población estudiantil de secundaria es un fenómeno presente en la misma proporción en ambos sexos.

Por otro lado, aunque la mayoría de los estudios sobre la psicopatología asociada a este trastorno son a nivel teórico –y por lo tanto no terminan de ser concluyentes–, parece que existe un perfil psicopatológico asociado a este tipo de pacientes. Concretamente, Castelló en 2005 habla de depresión y de ansiedad comórbidas al trastorno, que normalmente están relacionados con el miedo a la separación o a la pérdida de la relación y la soledad, y en menor medida los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias, como las comorbilidades más frecuentes en este tipo de pacientes. Otros autores explican que los comportamientos como la ansiedad por separación y la búsqueda constante de expresión afectiva de la pareja llevan a estas personas a presentar ansiedad elevada y sentimientos de inferioridad (Lemos y Londoño, 2006).

Villa y Sirvent (2008; 2009) nos muestran a estas personas como pacientes con miedo a la soledad, baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento, así como un vacío emocional junto a deseos de autodestrucción e ideación o intentos de suicidio. Todos los autores suelen destacar la baja autoestima y el autoconcepto negativo hacia ellos mismos no ajustado a la realidad como uno de los aspectos clave en este trastorno (Castelló, 2005; de la Villa y Sirvent, 2008, 2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Schaeffer, 1998). Las correlaciones entre autoestima y salud mental son frecuentes en la literatura (Yuang, 2000). Concretamente, se han encontrado correlaciones inversas entre autoestima y síntomas psicósomáticos (Varni *et al.*, 1996), psicoticismo (Heaven, 1991), hostilidad (Crocker y Luhtanen, 2003), síntomas obsesivo-compulsivos (Biby, 1998; Watson, 1998), depresión (Plutchik, Botsis, y Van Praag, 1995; Va-

lentine, 2001), ansiedad (Fickova, 1999; Newbegin y Owens, 1996) e ideación paranoide (Ellett, Lopes, y Chadwick, 2003).

Sin embargo, a pesar de que se trata de un problema frecuente y de graves consecuencias, todavía son escasas las evidencias empíricas al respecto. Por ello, los objetivos que se plantearon en este estudio fueron los siguientes: (1) determinar las características, perfil y frecuencia de los síntomas psiquiátricos de una muestra de pacientes ambulatorios diagnosticados de dependencia afectiva; (2) comparar los resultados obtenidos en psicopatología medida a través del SCL-90-R, con los baremos normativos de la validación española de este instrumento, para población general y psiquiátrica ambulatoria; y (3) estudiar la relación entre autoestima y síntomas psicopatológicos en dichos pacientes.

El objetivo último sería tratar de identificar factores diferenciales para poder diseñar programas terapéuticos más eficaces.

MÉTODO

Muestra

La muestra está constituida por una serie de 33 pacientes admitidos consecutivamente, de género femenino, asistidos desde 2009 hasta 2013 en la unidad de atención psicológica de la Asociación AIS-PRO JUVENTUD (Atención e Investigación en Socioadicciones) (AIS). AIS es una entidad privada, independiente, sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública. Actualmente forma parte, como proveedor, de la “Xarxa Pública de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya”. Todas las participantes fueron evaluadas por psicólogos expertos en adicciones no relacionadas con sustancias y manipulación psicológica, usando una entrevista semiestructurada adaptada de la entrevista SCID-I destinada a evaluar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV (First *et al.*, 1996) y varias pruebas psicométricas. Los criterios de exclusión fueron ser hombre y tener un trastorno psiquiátrico o neurológico primario (p.ej., trastorno psicótico, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno de abuso de sustancias, etc.).

La Tabla 1 muestra características sociodemográficas y clínicas de la muestra. La edad media fue

de 39,67 años (DT = 9,56); un 84,8 % estaban activos laboralmente en el momento de la evaluación. Un 27,2 % de la muestra había superado el nivel de estudios primarios. En el momento de la entrevista un 52,5 % de las pacientes tenían pareja, habían tenido una media de 2,6 parejas a lo largo de su vida (DT = 1,19) y la mayoría reportaban haber sufrido algún tipo de maltrato (físico o psicológico) durante alguna de sus relaciones sentimentales.

Tabla 1
Características sociodemográficas y socioeconómicas de la muestra de pacientes ambulatorios

	Muestra Total (N=33)
Edad (años); media (DT)	39,67 (9,56)
Situación laboral (empleado); %	84,8
Nivel educativo; % Primaria o menos	27,2
Situación sentimental; % Sin pareja actual	48,5
Nº de relaciones de pareja; media (DT)	2,6 (1,19)
Maltrato por parte de alguna pareja; % Sí	80
Maltrato en la infancia; % Sí	38,7
Intentos autolíticos; % Sí	11,1

Procedimiento

Este estudio fue llevado a cabo de acuerdo con la última versión de la Declaración de Helsinki. Para su realización, se obtuvo un consentimiento informado escrito de todos los participantes.

La evaluación se realizó de forma transversal antes de iniciar el tratamiento y se trataba de una sola sesión (con una duración media de 90 minutos), durante la cual se aplicó una batería de pruebas que se expone en el siguiente apartado por psicólogos entrenados. Además de esta batería, las pacientes fueron exploradas mediante entrevista semi-estructurada, cara a cara, referente a su dependencia afectiva, síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad. Esa misma entrevista también recogía datos sociodemográficos (educación, ocupación, estado civil,...) e información clínica.

Evaluación

Test de Dependencias Sentimentales (TDS-100)

(Sivert y de la Villa, 2005), test autoaplicado que evalúa los diferentes tipos de dependencia sentimental existentes. El cuestionario discrimina entre 4 tipos de dependencia sentimental: Relacional, Afectiva, Co-dependencia y Bi-dependencia; centrándose nuestro interés investigador en la Dependencia Afectiva. Según la estructura factorial está integrado por 7 dimensiones o macrofactores (tríada dependiente, acomodación, autoengaño, sentimientos negativos, identidad y fuerza del ego, antecedentes personales y tríada codependiente) y 23 factores sintomáticos (Dependencia pura vs. antidependencia, búsqueda de sensaciones, *craving*/abstinencia. Acomodación. Autoengaño, manipulación, reiteración, mecanismos de negación y no afrontamiento, sentimientos de soledad, vacío emocional, culpabilidad/ autodestrucción, inescapabilidad/recreación de sentimientos negativos, Identidad/identificación, fuerza del yo: límites débiles y/o rígidos, egoísmo/egocentrismo, control y dominio/juegos de poder, antecedentes personales, orientación rescatadora, sobrecontrol y focalización en el otro). Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas, presentando una elevada fiabilidad con un indicador alpha de Cronbach de 0,985. En este artículo se ha priorizado el análisis de los factores sintomáticos debido al objeto de estudio.

Symptom CheckList-90 items-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1990), cuestionario ampliamente utilizado para medir el estado psicopatológico actual. Consiste en 90 ítems con formato tipo *Lickert* (5 puntos) que representan diversos grados de intensidad del síntoma en cuestión. Da lugar a 9 dimensiones sintomáticas primarias: Somatización, Obsesivo-Compulsiva, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Psicoticismo e Ideación Paranoide. Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas (Derogatis, 2002), obteniendo una media de consistencia interna de 0,75 (coeficiente alpha de Cronbach).

The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1989) es una escala utilizada para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. El autor del cuestionario no estableció un punto de corte para

los resultados, aunque diversos investigadores muestran que en población española, tanto psiquiátrica como no psiquiátrica, una puntuación menor de 26 sería indicadora de una autoestima baja (Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo, 2007; Vázquez-Morejón, Jiménez, y Bellido-Zanin, 2013). Esta escala está validada en España con buenas propiedades psicométricas, obteniendo una media de consistencia interna de 0,86 (coeficiente alpha de Cronbach) (Vázquez-Morejón, García-Bóveda, y Jiménez, 2004; Vázquez-Morejón *et al.*, 2013).

Mediante una entrevista clínica semiestructurada, se tomaron variables demográficas, clínicas, educativas y socio-familiares adicionales relacionadas con la dependencia afectiva.

Análisis Estadístico

Se creó una base de datos utilizando los datos recogidos en los cuestionarios y entrevista, que posteriormente fue procesada a través del paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows. Se llevó a cabo un análisis descriptivo determinando para las variables cualitativas la frecuencia y el porcentaje, y para las cuantitativas indicadores de tendencia central (media -M) y dispersión (desviación típica -DT) tanto para las variables sociodemográficas como clínicas. Finalmente, se realizó un análisis de correlación lineal a través del coeficiente de correlación de Pearson para definir la interrelación entre las variables clínicas (puntuaciones totales SCL-90-R y RSES).

RESULTADOS

Los resultados del TDS-100 confirmaron la presencia de dependencia afectiva en las pacientes, obteniendo una puntuación media de 2,22 (DT: 0,47) en esta escala, siendo la puntuación media para pacientes con dependencia emocional de 2,42 (a menor puntuación mayor presencia) en la validación española dada por los autores (Sivert y de la Villa, 2005).

En la tabla 2 se ofrece un análisis descriptivo (puntuaciones medias y desviaciones estándar) de los factores sintomáticos obtenidos mediante el TDS-100.

Según las puntuaciones obtenidas, y en comparación con las puntuaciones medias obtenidas por los autores para pacientes con dependencia emocio-

Tabla 2
Factores Sintomáticos del TDS-100 de la muestra de pacientes ambulatorios

Factores sintomáticos	Media; Desviación Típica	
	Muestra Total (N=33)	
TDS-100		
Dependencia	2,33;	0,7
Búsqueda de sensaciones	2,75;	0,82
<i>Craving</i> /Abstinencia	2,51;	0,77
Acomodación	2,75;	0,79
Autoengaño	2,19;	0,51
Manipulación	3,54;	0,93
Reiteración	2,34;	0,83
Mecanismos de negación	2,23;	0,7
Sentimientos de soledad	2,09;	0,93
Vacío emocional	1,75;	0,67
Inculpación/Exculpación	2,22;	0,7
Autodestrucción	2,22;	0,88
Inescapabilidad emocional	1,8;	0,65
Sentimientos Negativos	2;	1,17
Identidad/Identificación	2,7;	0,9
Yo débil	2,32;	0,61
Yo rígido	2,93;	1,09
Egoísmo/Egotismo/		
Egocentrismo	3,64;	0,99
Control y dominio	2,73;	0,67
Antecedentes personales	2,63;	0,93
Orientación rescatadora	2,52;	0,73
Sobrecontrol	2,47;	0,63
Focalización en el otro/		
Autodescuido	2,09;	0,57

nal durante la validación del cuestionario (Sivert y de la Villa, 2005), las pacientes del estudio muestran un perfil diferencial caracterizado por una dependencia pura, referida a una manera de depender de una persona de forma subordinada, son pacientes buscadoras de sensaciones; no tienen conciencia de problema, lo que les impide darse cuenta de los efectos negativos de sus relaciones sentimentales (factor autoengaño); tienden a no aprender de los errores y cometer los mismos fallos o intentar las mismas soluciones que no han dado resultado para resolver sus problemas (factor reiteración); son pacientes que sufren sentimientos de miedo a

la soledad, vacío emocional y sentimientos negativos (tristeza, abatimiento, desánimo, culpa, etc.), junto a deseos de autodestrucción y sensación de inescapabilidad emocional (sensación de no poder escapar de sus relaciones); su identidad se ve afectada presentando conflictos de identidad; presentan una fuerte focalización en el otro, llegando incluso a descuidar sus propias necesidades (factor focalización en el otro y autonegligencia); intentan asumir excesivamente las responsabilidades (sobre-control) y, finalmente, experimentan una gran orientación rescatadora, esto es, sienten la necesidad de ayudar al sujeto del que se depende intentando incluso resolver a toda costa sus problemas.

La tabla 3 muestra las puntuaciones medias obtenidas por las pacientes en los índices de las diferentes dimensiones sintomáticas del SCL-90-R y

Tabla 3
Registros medios en los índices sintomáticos y globales del SCL-90-r y en la RSES de la muestra de pacientes ambulatorios

	Media; Desviación Típica	
	Muestra Total (N=33)	
Puntuaciones SCL-90-R		
Somatización	1,29;	0,65
Obsesión-compulsión	1,82;	0,74
Sensibilidad Interpersonal	1,79;	0,69
Depresión	2,25;	0,80
Ansiedad	1,70;	0,89
Hostilidad	1,69;	1,06
Ansiedad Fóbica	0,71;	0,85
Ideación paranoide	1,62;	0,93
Psicoticismo	1,06;	0,78
GSI	1,56;	0,82
Puntuaciones RSES		
Puntuación Total	25,69;	4,01

de la RSES. La figura 1 muestra los resultados del SCL-90-R en comparación con resultados normativos para población general y población psiquiátrica ambulatoria (Derogatis, 2002). Las pacientes de la muestra obtuvieron puntuaciones por encima de la población psiquiátrica ambulatoria en las dimensiones sintomáticas de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, an-

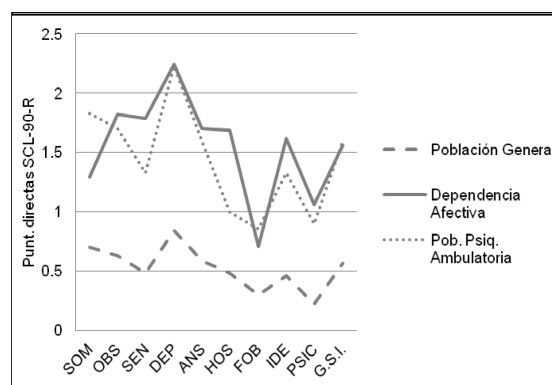


Figura 1

Perfil sintomático (SCL-90-R) de pacientes con Dependencia Afectiva en comparación con población general y población psiquiátrica ambulatoria

siedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Las puntuaciones del RSES tuvieron una media de 25.69 (DT: 4.01), es decir, las pacientes muestran una autoestima baja.

La tabla 4 muestra un análisis de correlación de Pearson entre las variables sintomatológicas medidas con el SCL-90-R y la autoestima medida con el RSES. Se halló que las variables clínicas: somatización ($r = -0,38$; $p < 0,05$), obsesión-compulsión ($r = -0,37$; $p < 0,05$), depresión ($r = -0,43$; $p < 0,05$) y hostilidad ($r = -0,38$; $p < 0,05$) correlacionan de forma negativa con la variable autoestima.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analiza una muestra de mujeres con problemas de dependencia afectiva, que demandaron tratamiento psicológico para esta problemática con el objetivo de explorar las principales características socio-demográficas, psicológicas y psicopatológicas de este tipo de pacientes. Aunque es un trastorno poco estudiado, a través de la atención psicopatológica se ha evidenciado que puede llegar a tener grandes afectaciones sobre la vida de las personas que lo sufren.

Según nuestra muestra, este tipo de pacientes presenta puntuaciones elevadas en casi todas las escalas psicopatológicas medidas por el SCL-90-R, las puntuaciones medias de la mayoría de las escalas están por encima de las puntuaciones nor-

Tabla 4
Matriz de correlación de Pearson entre sintomatología medida con SCL-90-R y autoestima medida con RSES. * p < 0.05

Escala SCL-90-R		Total Autoestima de Rosenberg
Somatización	Correlación de Pearson	-0,38*
	Sig. (bilateral)	0,04
Obsesión-compulsión	Correlación de Pearson	-0,37*
	Sig. (bilateral)	0,04
Sensibilidad Interpersonal	Correlación de Pearson	-0,17
	Sig. (bilateral)	0,39
Depresión	Correlación de Pearson	-0,43*
	Sig. (bilateral)	0,02
Ansiedad	Correlación de Pearson	-0,24
	Sig. (bilateral)	0,20
Hostilidad	Correlación de Pearson	-0,38*
	Sig. (bilateral)	0,04
Ansiedad Fóbica	Correlación de Pearson	-0,18
	Sig. (bilateral)	0,36
Ideación paranoide	Correlación de Pearson	-0,21
	Sig. (bilateral)	0,28
Psicoticismo	Correlación de Pearson	-0,02
	Sig. (bilateral)	0,93

males de población psiquiátrica ambulatoria (Dero-gatis, 2002). Esto sugiere elevados niveles de psicopatología en mujeres con problemas de Dependencia Emocional.

En general, y en la línea de otros estudios teóricos (de la Villa y Sirvent, 2008, 2009; Lemos y Londoño, 2006), encontramos que estas pacientes (en el momento de consulta) presentan puntuaciones mayores que la población psiquiátrica normativa en las escalas obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo.

Hipotetizamos que en el mismo sentido que otros autores (Castelló, 2005), las elevadas puntuaciones en las dimensiones obsesión-compulsión, ideación paranoide, psicoticismo y hostilidad ponen de manifiesto la frecuente presencia de pensamientos relacionados con la búsqueda, mantenimiento o pérdida de la relación sentimental deseada.

Con respecto a los resultados obtenidos en las dimensiones sintomáticas de depresión y ansiedad parecen coincidir con lo teorizado por Castelló (2005),

encontrándose relación entre dependencia emocional y sintomatología ansioso-depresiva. Esta prevalencia de síntomas ansiosos en el espectro depresivo, es un hecho frecuente (Rickels, Downing, y Stein, 1979), por ejemplo, Cloninger y cols. (1981) registraron en pacientes deprimidos una elevada presencia (71 %) de ataques de pánico.

Finalmente, la sensibilidad interpersonal puede estar relacionada con la baja autovaloración, que diversos autores han observado en este tipo de pacientes (Castelló, 2005; de la Villa y Sirvent, 2008, 2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Schaeffer, 1998). Aunque en nuestros resultados esta escala no correlaciona significativamente con las puntuaciones de autoestima obtenidas en el RSES, en la literatura se han hallado relaciones negativas entre ambas variables (Fan y Fu, 2001; Jackson y Cochran, 1991; Kim, 2003).

En este sentido, parece confirmarse la baja autoestima, medida a través del RSES, de las personas afectadas por esta alteración teorizada por otros autores (Castelló, 2005; de la Villa y Sirvent, 2008,

2009; González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014; Schaeffer, 1998). Esta medida correlaciona negativamente de manera significativa con las escalas psicopatológicas de somatización, obsesión-compulsión, depresión y hostilidad. Varios estudios han encontrado correlaciones similares de autoestima baja en distintos tipos de población psiquiátrica y general con depresión (Alfeld y Sigelman, 1998; Fan y Fu, 2001; Hoffmann, Baldwin, y Cerbone, 2003; Kim, 2003; Valentine, 2001; Whitley y Gridley, 1993), hostilidad (Crocker y Luhtanen, 2003) y obsesión compulsión (Biby, 1998; Watson, 1998). La baja autoestima también parece ser un factor presente en otros tipos de adicción no relacionados con el consumo de sustancias (Ehrenberg, Juckes, White, y Walsh, 2008; Hanley y Wilhelm, 1992; Niemz, Griffiths, y Ban-yard, 2005).

La autoestima ha mostrado tener una continuidad sustancial a lo largo del tiempo, comparable con la estabilidad encontrada en los rasgos de personalidad. Trzesniewski (2003) en un estudio longitudinal analizó una amplia muestra durante ocho años y encontró que, aunque la estabilidad de esta característica bajaba durante la vejez, la autoestima poseía una alta continuidad a lo largo de la vida. Esta estabilidad no variaba según el género, la etnia o el estatus socioeconómico. Aun así, un tratamiento psicológico de orientación cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz a la hora de aumentar este rasgo en varios trastornos (Hall y Tarrrier, 2003; Taylor y Montgomery, 2007). Algunos autores han mostrado que una autoestima elevada es un factor protector contra síntomas depresivos (Takakura y Sakihara, 2001), y que a la inversa, una autoestima baja es un factor predictivo para la depresión (Braithwaite, 2004; Dowd, 2002) y la ideación suicida (Jin y Zhang, 1998; Plutchik *et al.*, 1995).

Creemos que los resultados de este trabajo pueden ayudar a conceptualizar la Dependencia Emocional y a diseñar programas de tratamientos más eficaces para este tipo de pacientes. Incluir en el diseño de los tratamientos, técnicas psicológicas y estrategias orientadas a reducir la sintomatología expuesta y a regular emociones negativas, podría ser crucial para mejorar los resultados terapéuticos. Investigaciones futuras sobre la efectividad de nuevas herramientas dirigidas a tratar a estos pacientes serían de gran interés científico.

Algunas limitaciones de este estudio son: los resultados de este estudio se basan en una pequeña muestra por conveniencia, lo que dificulta su generalización; aunque pueden ser de valor para perfiles de mujeres similares, es decir, que solicitan tratamiento relacionado con sus relaciones sentimentales. En relación al tamaño de la muestra, considerando que se trata de una muestra clínica, es suficiente para obtener hallazgos preliminares que puedan confirmarse en futuros estudios. Finalmente, para la obtención de las medidas utilizadas en el estudio, se utilizaron medidas autoadministradas en el caso de los tests, aunque debe tenerse en cuenta que, en todo caso, las pacientes fueron supervisadas por profesionales entrenados para garantizar la mayor calidad en la recogida de datos. Por todo ello, este estudio aporta evidencia clínica de la Dependencia Emocional.

RECONOCIMIENTOS

Apoyo financiero parcial fue recibido del Departament de Salut (7827829310), del Institut Català de les Dones (PS-205/14), del Departament de Benestar Social i Família, del Departament d'Acció Social i Ciutadania - ICASS – (288/3/2014) i Direcció General de Juventut (2014/00138) de la Generalitat de Catalunya, del Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports (14S01411-001), de la Regidoria d'Adolescència i Joventut (14S01546-001) del Ajuntament de Barcelona y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (560/IRPF 2013).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES


Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alfeld, L.C., y Sigelman, C.K.** (1998). Sex differences in self-concept and symptoms of depression during the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 27: 219–244.
2. **APA.** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. (American Psychiatric Association, Ed.). Washington, DC.
3. **Biby, E.L.** (1998). The relationship between

- body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4): 489–99. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9623753>.
4. **Braithwaite, K.** (2004). Predictors of depressive symptomatology among black college women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(12-B), 6322.
 5. **Castelló, J.** (2000). Análisis del concepto “dependencia emocional.” I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo; Conferencia 6-CI-A: [52 Pantallas]. Retrieved from http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/me sa6/conferencias/6_ci_a.htm.
 6. **Castelló, J.** (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento.* (Alianza, Ed.). Madrid, España.
 7. **Crocker, J. y Luhtanen, R.K.** (2003). Level of self-esteem and contingencies of self-worth: unique effects on academic, social, and financial problems in college students. *Personality y Social Psychology Bulletin*, 29(6): 701–12. doi:10.1177/0146167203029006003.
 8. **De la Villa, M. y Sirvent, C.** (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2): 150–167. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/22382>.
 9. **De la Villa, M. y Sirvent, C.** (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2): 230–240. Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=28412891004>.
 10. **Derogatis, L.R.** (1990). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual.* Baltimore, MD.
 11. **Derogatis, L.R.** (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas-Manual.* [Questionnaire of the 90 symptoms-manual]. Madrid.
 12. **Dowd, S.A.** (2002). Internalizing symptoms in adolescents: Assessment and relationship to self-concept. *Dissertation Abstract International Section B: The Sciences and Engineering*, 62(8-B): 3796.
 13. **Echeburúa, E. y Corral, P.** (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales. *Adicciones*, 22: 91–96.
 14. **Ehrenberg, A., Juckes, S., White, K.M. y Walsh, S.P.** (2008). Personality and self-esteem as predictors of young people’s technology use. *Cyberpsychology y Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 11(6): 739–41. doi:10.1089/cpb.2008.0030.
 15. **Ellett, L., Lopes, B. y Chadwick, P.** (2003). Paranoia in a nonclinical population of college students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7): 425–30. doi:10.1097/01.NMD.0000081646.33030.EF.
 16. **Fan, F. y Fu, J.** (2001). Self-concept and mental health of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15: 76–77.
 17. **Fickova, E.** (1999). Personality dimensions and self-esteem indicators relationships. *Studia Psychologica*, 41: 323–328.
 18. **First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J.** (1996). *Users Guide for the Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders — Research Version (SCID-I, Version 2.0).* New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
 19. **González-Jiménez, A.J., y Hernández-Romera, M. del M.** (2014). Emotional Dependency Based on the Gender of Young Adolescents in Almería, Spain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132: 527–532. doi:10.1016/j.sbspro.2014.04.348.
 20. **González-Bueso, V.** (2011). Dependencia Emocional. En *ICSA International Conference, Psychological, Manipulation, Cultic Groups, Social Addictions and Harm.* Barcelona España.
 21. **Griffiths, M.** (2000). Does Internet and Computer “Addiction” Exist? Some Case Study Evidence. *CyberPsychology y Behavior*, 3(2): 211–218. doi:10.1089/109493100316067.
 22. **Hall, P.L. y Tarrier, N.** (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3): 317–332. doi:10.1016/S0005-7967(02)00013-X.
 23. **Hanley, A. y Wilhelm, M.S.** (1992). Compulsive buying: An exploration into self-esteem and money attitudes. *Journal of Economic Psychology*, 13(1): 5–18. doi:10.1016/0167-4870(92)90049-D.
 24. **Heaven, P.C.L.** (1991). Personality correlates of functional and dysfunctional impulsiveness. *Personality and Individual Differences*, 12(11): 1213–1217. doi:10.1016/0191-8869(91)90087-R.
 25. **Hoffmann, J.P., Baldwin, S. A. y Cerbone, F.G.** (2003). Onset of major depressive disorder among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(2): 217–24. doi:10.1097/00004583-200302000-00016.
 26. **Jackson, J., y Cochran, S.D.** (1991). Lone-

- liness and psychological distress. *The Journal of Psychology*, 125(3): 257–62. doi:10.1080/00223980.1991.10543289.
27. **Jin, S. y Zhang, J.** (1998). The effects of physical and psychological well-being on suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4): 401–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9623745>.
 28. **Kim, Y.H.** (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2): 115–124. doi:10.1016/S0020-7489(02)00037-8.
 29. **Lemos, M. y Londoño, N.H.** (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. Universidad Católica de Colombia. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2263254&info=resumen&idioma=SPA>.
 30. **Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F.** (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*. Retrieved from <http://www.gi.ulpgc.es/gem/index.php/publicaciones/articulos/18-the-rosenberg-self-esteem-scale-translation-and-validation-in-university-students>.
 31. **Newbegin, I. y Owens, A.** (1996). Self-esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior & Personality*, 11(3): 521–530.
 32. **Niemz, K., Griffiths, M. y Banyard, P.** (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology y Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 8(6), 562–70. doi:10.1089/cpb.2005.8.562.
 33. **Plutchik, R., Botsis, A.J. y Van Praag, H.M.** (1995). Psychopathology, self-esteem, sexual and ego functions as correlates of suicide and violence risk. *Archives of Suicide Research*, 1(1): 27–38. doi:10.1080/13811119508258972.
 34. **Rickels, K., Downing, R.W. y Stein, M.** (1979). The differentiation between neurotic depression and anxiety and drug treatment». In S. et Al. (Ed.), *Neuropharmacology* (Pergamon). Oxford.
 35. **Rosenberg, M.** (1989). *Society and the adolescent self-image*. (C. W. U. P. R., Ed.). Middleton.
 36. **Schaeffer, B.** (1998). *¿Es Amor o es adicción?*. (Apóstrofe, Ed.). Barcelona.
 37. **Sivert, C. y de la Villa, M.** (2005). *Test de Dependencias Sentimentales TDS-100*. (F. I. Spiral., Ed.). Oviedo, España.
 38. **Takakura, M. y Sakihara, S.** (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 28(1): 82–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11137910>.
 39. **Taylor, T.L. y Montgomery, P.** (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*.
 40. **Trzesniewski, K.H.F.** (2003). *A Cohort-sequential Study of Self-esteem from Age 25-96*. (D. University of California, Ed.). California. Retrieved from http://books.google.es/books/about/A_Cohort_sequential_Study_of_Self_est_eem.html?id=TbEnuAAACAAJypgis=1.
 41. **Valentine, I.S.** (2001). The relationship between depression, self-esteem, trauma, and psychopathy in understanding conduct disorder adolescents. In *ETD Collection for Pace University*. Paper AAI9991038. Retrieved from <http://digitalcommons.pace.edu/dissertations/AAI9991038>.
 42. **Varni, J.W., Rapoff, M.A., Waldron, S.A., Gragg, R.A., Bernstein, B.H. y Lindsley, C.B.** (1996). Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 17(3): 154–61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8783061>.
 43. **Vázquez-Morejón, A., García-Bóveda, R. y Jiménez, R.** (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>.
 44. **Vázquez-Morejón, A., Jiménez, R., y Bellido-Zanin, G.** (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/296>.
 45. **Watson, D.C.** (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behavior y Personality*, 13(3): 399–420.
 46. **Whitley, B.E. y Gridley, B.E.** (1993). Sex Role Orientation, Self-Esteem, and Depression: A Latent Variables Analysis. *Personality and So-*



cial Psychology Bulletin, 19(4): 363–369.
doi:10.1177/0146167293194001.
47. **Yuang, X.** (2000). Correlation between self-

esteem and mental health of secondary normal school students. Chinese Journal of Clinical Psychology, 8: 102–103.