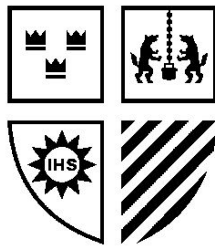


# UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



## UARM

Universidad  
Antonio Ruiz  
de Montoya

### INCIDENCIAS DEL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL EN LOS PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN Y DISPOSICIÓN ACTITUDINAL DE JÓVENES EN LIMA METROPOLITANA

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presenta la Bachiller

**ABRIL MARTINEZ LLOSA**

**Presidenta: María Roxana Miranda Enrico**

**Asesor: Alvaro Fernando Alvarez Alvarez**

**Lector: Alonso Lira Zuloaga**

**Lima – Perú**

**Marzo de 2026**



**UARM**

Universidad  
Antonio Ruiz  
de Montoya

Anexo N.º 3 - Reglamento General de Grados y Títulos de Pregrado y Posgrado

Aprobado por Resolución Rectoral N° 150-2023-UARM-R

## **INFORME DE ORIGINALIDAD**

Sres.

### **CONSEJEROS**

Pte.

De nuestra consideración:

Por la presente nos dirigimos a Ustedes para saludarlos e informar al Consejo Universitario sobre el producto académico elaborado por MARTINEZ LLOSA, Abril, quien solicita la obtención de su título profesional a través de la sustentación de una tesis.

El producto académico elaborado tiene como título "Incidencias del diagnóstico de dependencia emocional en los procesos de subjetivación y disposición actitudinal de jóvenes en Lima Metropolitana".

Por tanto, en nuestra condición de Asesora de producto académico y de integrante de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas, respectivamente, declaramos que el producto académico de Abril MARTINEZ LLOSA ha sido examinado con el programa antiplagio Turnitin para identificar su nivel de coincidencias.

El resultado que arroja el programa es de 4% de similitud, el cual proviene de fuentes de información que han sido debidamente citadas o reconocidas utilizando las normas del sistema APA.

Sin otro particular, quedo de ustedes.

Firmado en Lima, el 3 del mes de marzo de 2026

Atentamente,

Alvaro Fernando Alvarez Alvarez

Asesor

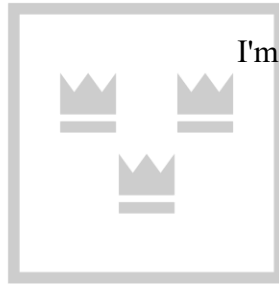
Evelyn Flor Modesto Taipe

Secretaria técnica de la Comisión

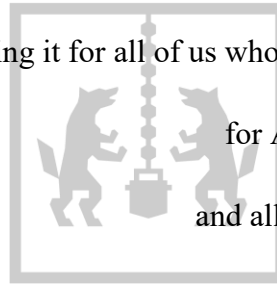
\*Conforme a lo establecido en el documento de identidad

## EPIGRAFE

This is my commitment, my modern manifesto



I'm doing it for all of us who never got the chance



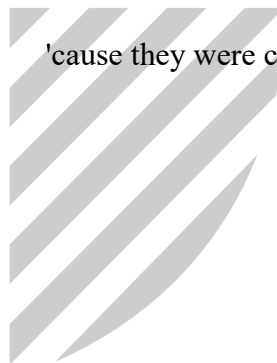
for Amy and for Whitney

and all my birds of paradise

who never got to fly at night



'cause they were caught up in the dance



/of cruel romance/

(Del Rey, 2017)

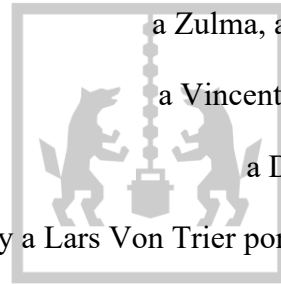
## DEDICATORIA

A mis papás, Marino y Sonia,  
porque con su esfuerzo, su trabajo y su amor,  
este logro también es suyo.



## AGRADECIMIENTO

A Joni, a Amy, a The Sundays, a The Cocteau Twins



a Zulma, a Caroline Polacheck,

a Vincent Gallo, a Jane Birkin,

a Duras, a Lana del Rey

y a Lars Von Trier por Breaking the Waves



## RESUMEN

La dependencia emocional es un fenómeno psicológico de creciente relevancia, especialmente en la población joven, debido a su impacto en la salud mental y en la calidad de las relaciones afectivas. Aunque tradicionalmente ha sido conceptualizada como un patrón relacional caracterizado por una búsqueda persistente de validación y seguridad afectiva a través del otro, acompañada de dificultades para sostener la autonomía emocional, la ausencia de consenso en torno a sus criterios diagnósticos dificulta su abordaje clínico y teórico. El presente estudio cualitativo, de diseño fenomenológico, explora las experiencias de jóvenes peruanos de entre 18 y 29 años, residentes en Lima Metropolitana, a quienes se les ha atribuido —formal o informalmente— un diagnóstico de dependencia emocional, analizando sus efectos en la subjetividad y en los vínculos afectivos. A partir de entrevistas semiestructuradas y un análisis temático, se identificaron cuatro categorías y diez temas que evidencian que el diagnóstico opera como un punto de inflexión en la comprensión del malestar. Los resultados muestran experiencias heterogéneas: mientras en algunos casos el diagnóstico facilita la elaboración y resignificación de la experiencia, en otros genera decepción, malestar y sentimientos de estigmatización, especialmente cuando es percibido como impreciso o patologizante.

**Palabras clave:** Dependencia Emocional, Diagnóstico Psicológico, Subjetividad.

## ABSTRACT

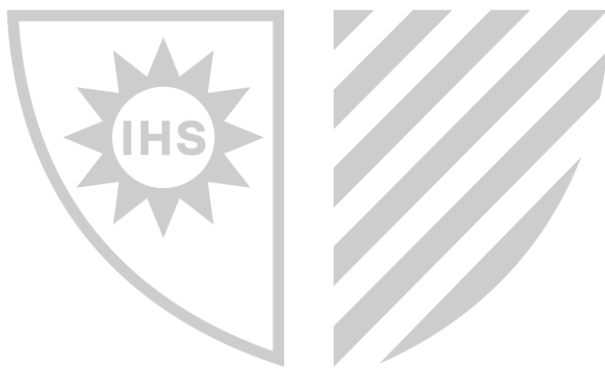
Emotional dependence is a psychological phenomenon of growing relevance, particularly among young people, due to its impact on mental health and the quality of affective relationships. Although it has traditionally been conceptualized as a relational pattern characterized by a persistent search for validation and emotional security through the other, accompanied by difficulties in sustaining emotional autonomy, the lack of consensus regarding its diagnostic criteria complicates its clinical and theoretical approach. This qualitative study, with a phenomenological design, explores the experiences of Peruvian young adults aged 18 to 29, residing in Metropolitan Lima, who have been attributed—formally or informally—a diagnosis of emotional dependence, analyzing its effects on subjectivity and affective bonds. Based on semi-structured interviews and thematic analysis, four categories and ten themes were identified, showing that the diagnosis operates as a turning point in the understanding of distress. The findings reveal heterogeneous experiences: while in some cases the diagnosis facilitates the elaboration and re-signification of experience, in others it generates disappointment, distress, and feelings of stigmatization, particularly when it is perceived as imprecise or pathologizing.

**Keywords:** Emotional Dependency, Psychological Diagnosis, Subjectivity.

## TABLA DE CONTENIDOS

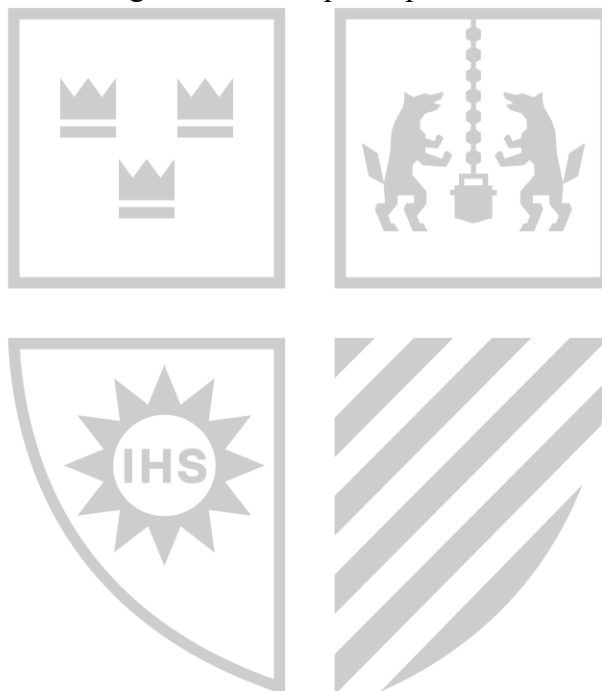
INTRODUCCIÓN .....	13
CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	18
1.1 Revisión teórica y debates en torno a la dependencia emocional.....	18
1.2 Perspectivas desde la psicología crítica sobre la dependencia emocional.....	23
1.3 Dependencia emocional y género.....	25
1.4 Subjetividad: Dimensiones Psicológicas, Sociales y de Poder.....	27
CAPÍTULO II: OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo general.....	33
2.2 Objetivos específicos .....	33
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	34
3.1 Enfoque, paradigma y diseño de la investigación.....	34
3.2 Procedimiento de recolección de datos.....	40
3.3 Análisis de Datos .....	40
3.4 Criterios éticos .....	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	43
4.1 Categoría 1: Diagnóstico como herramienta de comprensión y elaboración subjetiva .....	44
4.2 Categoría 2: Posicionamiento subjetivo frente al diagnóstico clínico.....	52
4.3 Categoría 3: Transformaciones identitarias a partir del diagnóstico clínico .....	56
4.4 Categoría 4: Modificaciones del diagnóstico en la disposición vincular e ideales afectivos.....	61

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN .....	70
5.1 Primeras coordenadas del diagnóstico: Saberes, intuiciones y expectativas.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.2 Cuando el diagnóstico irrumpe: Reacciones y apropiación del sentido.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.3 La identidad en tránsito: transformaciones en la autoestima, autoconcepto e imagen.....	79
5.4 El vínculo en juego: Cambios en la disposición actitudinal.....	<b>¡Error! Marcador no definido.2</b>
Conclusiones.....	88
Recomendaciones .....	92
Limitaciones.....	95
Referencias bibliográficas.....	977
Anexos .....	1088



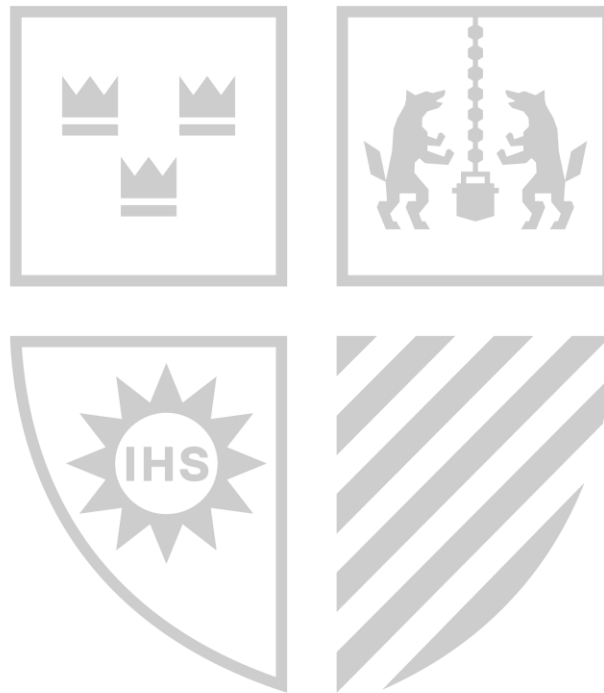
## ÍNDICE DE TABLAS

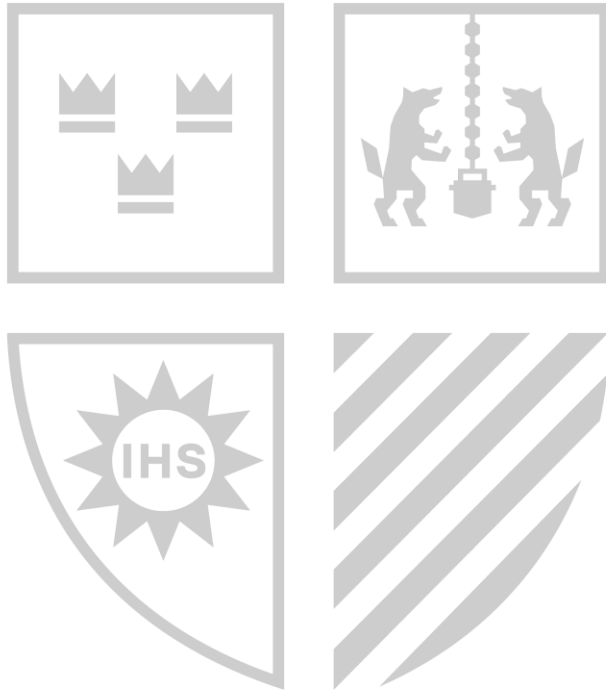
Tabla N. °1: Datos sociodemográficos de los participantes ..... 36



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Árbol de categorías..... 44





## INTRODUCCIÓN

La dependencia emocional se ha convertido en un tema de creciente interés para la investigación psicológica dada su incidencia en la salud mental y su impacto en la calidad de los vínculos afectivos (Gonzalez-Bueso et al., 2018). Generalmente, se concibe a la persona dependiente como aquella que mantiene una relación de subordinación afectiva, marcada por una necesidad intensa hacia la otra persona y acompañada de sentimientos de soledad, tristeza y vacío emocional. (De la Villa et al., 2018). Este estilo relacional se ha asociado a importantes implicaciones en la regulación emocional y a un mayor riesgo de vivir situaciones de violencia, particularmente en el contexto de pareja (Aiquipa-Tello, 2015; Santamaría et al., 2015). Debido a ello, en los últimos años ha suscitado un creciente interés en la comunidad científica, especialmente en América Latina, donde se han desarrollado diversos esfuerzos para la evaluación clínica de este cuadro psicológico en distintos grupos etarios y poblaciones específicas (Pacheco et al., 2023).

A nivel internacional, investigaciones realizadas en países como Colombia, España, México, Perú e Italia, han reportado prevalencias en relación a este fenómeno psicológico que varían considerablemente según la muestra y contexto, fluctuando entre un 6% y más del 38% en población adulta y entre el 24,6% y el 38,12% en muestras de jóvenes universitarios (Lemos-Hoyos et al., 2007; Aiquipa, 2012; De la Villa & Sirvent, 2009). Así también, los mismos estudios señalan que, aunque existe una diferencia de género en la forma como se expresa la dependencia emocional, los resultados no siempre reportan una prevalencia significativamente mayor en mujeres; en algunos casos, los hombres presentan niveles incluso superiores (González-Jiménez, 2014). Estos trabajos

han utilizado pruebas psicométricas, como el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) o el Inventario de Dependencia Emocional (IDE), que permiten evidenciar la magnitud y distribución del fenómeno, así como sus correlatos cognitivos en distintas poblaciones. Cabe destacar que, en general, la dependencia emocional tiende a manifestarse con mayor frecuencia en jóvenes, evidenciando una posible mayor vulnerabilidad en este grupo (Lemos-Hoyos et al., 2007; Aiquipa, 2012; De la Villa & Sirvent, 2009).

En el Perú, la dependencia emocional representa un problema relevante especialmente en mujeres adultas en contextos de vulnerabilidad, donde también se asocia con un mayor riesgo de violencia de pareja. Según variables sociodemográficas, las mujeres más jóvenes y que residen en zonas urbanas tienden a ser más dependientes emocionalmente (Calizaya-López et al., 2025). Sin embargo, la prevalencia y el nivel de dependencia varía según el grupo poblacional específico, por ejemplo, en una investigación realizada con estudiantes universitarios y de institutos superiores de la ciudad de Trujillo, se encontró que solo un 7.5% tenía un nivel alto de dependencia (Vargas, et al., 2024). En contraste, un estudio realizado con 135 mujeres adultas atendidas en el Hospital de Huaycán, en Lima, reveló que el 73.3% presentaba dependencia emocional en un nivel medio, y el 22.2%, en un nivel alto (Vera y Jhonnatan, 2019). Por otro lado, en cuanto al género, un estudio en una universidad privada de Lima, encontró que los varones presentaban niveles significativamente más altos de dependencia emocional que las mujeres, desafiando así los estereotipos tradicionales que asocian mayor dependencia emocional exclusivamente con mujeres (Sinchitullo y Salazar, 2020).

Aunque entre el 2020 y 2022 se localizaron 19 estudios relacionados con la dependencia emocional a nivel nacional —cifra que supera ampliamente las investigaciones encontradas en otros países de Latinoamérica durante el mismo periodo—, estos se publicaron mayoritariamente en repositorios nacionales y en revistas con bajo factor de impacto o emergentes. Es decir que, a pesar del volumen, la calidad metodológica y la visibilidad científica de estas investigaciones siguen siendo limitadas, lo que evidencia la necesidad de mejorar la rigurosidad y difusión de los estudios en el contexto peruano (Pacheco et al., 2022). Al mismo tiempo, este auge investigativo ha evidenciado la necesidad de fortalecer el rigor teórico en torno a la conceptualización de la dependencia emocional. Si bien los estudios mencionados han abordado esta

problemática e incluso la han evaluado empíricamente, se ha encontrado una falta de consenso sobre los criterios diagnósticos del cuadro clínico en mención, lo que impide interpretar los resultados de forma consistente. Esta ausencia de definiciones claras y compartidas dificulta la comparación entre investigaciones y obstaculiza el desarrollo de intervenciones efectivas en el campo clínico (González-Bueso, 2023). En ese sentido, este vacío conceptual forma parte de una discusión más amplia que atraviesa el campo de la salud mental contemporánea.

Una de las problemáticas conceptuales radica en que este fenómeno ha sido tradicionalmente entendido como una forma de desregulación afectiva caracterizada por pasividad, sumisión y una necesidad excesiva de aprobación, lo que ha ubicado históricamente dentro del campo de las patologías mal adaptativas. No obstante, enfoques disidentes han cuestionado esta visión proponiendo que ciertos componentes de la dependencia pueden tener un carácter adaptativo, dependiendo del contexto y la dinámica relacional en la que se manifiestan (Bornstein, 1995). Esta tensión ha dado lugar a un disenso conceptual: mientras algunos modelos mantienen su caracterización como rasgo disfuncional, otros sugieren que puede representar una estrategia orientada a cumplir metas relacionales propias o de autorregulación (Bornstein, 1992).

En este marco, la indefinición teórica como diagnóstico constituye una barrera para el desarrollo de un cuerpo teórico unificado (Gonzalez-Bueso et al., 2018). Esta ambigüedad no solo plantea un desafío teórico, sino que también puede tener implicancias clínicas relevantes, especialmente en la forma en que los sujetos se apropian o resignifican la categoría en relación con su experiencia emocional (Laurent, 2014). En el caso particular de la población joven, resulta crucial explorar cómo esta categoría es elaborada y significada en el espacio clínico, considerando que se trata de una etapa vital atravesada por intensos procesos de construcción identitaria y relacional (De la Llana et al., 2022). Diversos estudios han demostrado que la prevalencia de la dependencia emocional en jóvenes resulta una población especialmente relevante para la intervención clínica.

A partir de este escenario es que se inscribe la presente investigación, la cual adquiere particular relevancia al cuestionar qué implica subjetivamente ser diagnosticado con dependencia emocional considerando que el concepto de dependencia, si bien ha sido abordado desde múltiples enfoques, presenta diversas acepciones que dificultan su delimitación precisa. Es necesario considerar que los diagnósticos en salud mental juegan

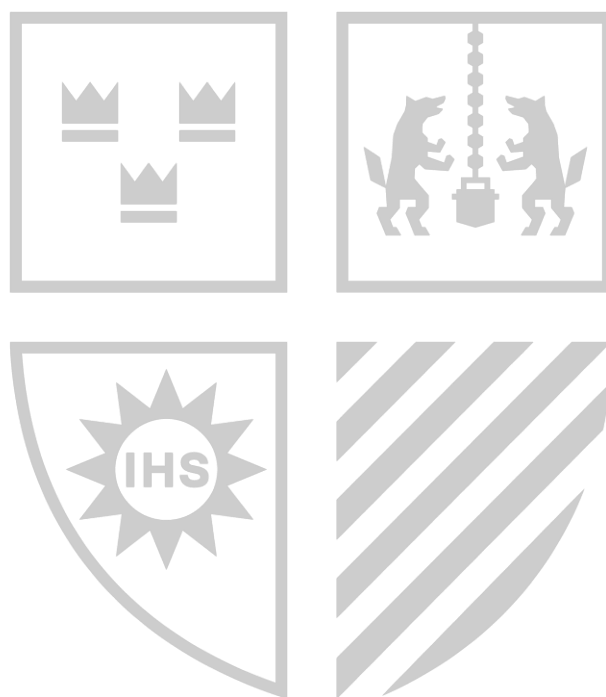
un papel central en la construcción entre las fronteras entre normal y lo patológico, pues la disciplina psicológica produce saberes sobre la mente y conducta humana que establecen qué se considera salud mental, funcionalidad o bienestar afectivo en contextos específicos (Fernandez-Fernandez, 2012). Por lo tanto, explorar las experiencias subjetivas de quienes han recibido este diagnóstico abre la posibilidad de cuestionar sobre la forma en que estos marcos normativos se insertan dentro de la práctica clínica.

En ese sentido, la presente investigación adquiere relevancia social en tanto posibilita comprender cómo los diagnósticos en salud mental— lejos de ser únicamente descripciones clínicas— participan en la configuración identitaria de los jóvenes. Al explorar cómo dotan de sentido esta categoría diagnóstica, se visibiliza cómo la experiencia clínica no se limita a abordar malestares individuales, sino que participa activamente en la producción de modos de subjetivación, influyendo en la forma en que las personas organizan su experiencia emocional y relacional con los otros y su entorno.

Por otro lado, este estudio posee relevancia metodológica, ya que, frente al predominio de investigaciones psicométricas y cuantitativas en el ámbito nacional, esta propuesta opta por un enfoque cualitativo que recurre a entrevistas para captar las experiencias de cada participante, lo que permite una aproximación más contextualizada y reflexiva que trate sobre el fenómeno en cuestión. Además, esta contribución se ve fortalecida por un marco analítico que incorpora una aproximación novedosa y ampliada del diagnóstico por dependencia emocional analizando las relaciones de poder, discurso, y la construcción de subjetividad desde la perspectiva de Michel Foucault. En este marco, interesa reflexionar cómo las personas que han sido identificadas como emocionalmente dependientes se vinculan con dicha categoría: si la asumen y adoptan, la resisten, cuestionan o reelaboran, y de qué manera esta relación influye en su autopercepción, en la forma en que comprenden sus vínculos afectivos y en sus proyecciones vinculares a futuro. En función de ello, la investigación explorará ejes de análisis como la disposición previa al diagnóstico, el grado de sujeción o distanciamiento respecto de la categoría, su utilidad para comprender los síntomas, así como posibles transformaciones en el autoconcepto, identidad e ideales afectivos.

Finalmente, la investigación propone ampliar la comprensión del diagnóstico de dependencia emocional no como una categoría cerrada, sino como una construcción situada que actúa sobre los sujetos, delimitando márgenes de lo que se entiende como

saludable o funcional. Este trabajo se enriquece al centrarse en los modos singulares en que cada sujeto apropia, resignifica o tensiona esta categoría en el espacio clínico. Por lo tanto, se plantea como interrogante central: ¿Cómo influye el diagnóstico de dependencia emocional en consulta psicológica en el proceso de subjetivación y en la disposición actitudinal de los jóvenes en Lima Metropolitana?



## **CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

El presente capítulo desarrolla el marco teórico que sustenta la investigación, articulando los principales debates conceptuales, clínicos y críticos en torno a la dependencia emocional y su inscripción en el campo de la salud mental. En primer lugar, se revisan las principales conceptualizaciones del constructo, sus criterios asociados y las discusiones sobre su estatuto diagnóstico, así como los enfoques etiopatogénicos que han intentado explicar su origen y manifestaciones. Posteriormente, se incorporan perspectivas críticas que problematizan las lecturas hegemónicas de la dependencia emocional, considerando variables como el género, los contextos socioculturales y las relaciones de poder implicadas en su construcción. Finalmente, se introducen nociones de subjetividad y diagnóstico desde una perspectiva psicológica y foucaultiana, con el objetivo de comprender cómo las categorías clínicas no solo describen el malestar, sino que también producen efectos en los procesos de subjetivación y en la experiencia vivida de los sujetos.

### **1.1 Revisión teórica y debates en torno a la dependencia emocional**

#### **1.1.1 Revisión conceptual de dependencia emocional**

Actualmente la dependencia emocional no figura como un diagnóstico clínico formal en los manuales internacionales de referencia, como el DSM 5 o el CIE 10. En estos sistemas clasificatorios, el cuadro más cercano es el “Trastorno de Personalidad Dependiente”, cuyas características son:

Una necesidad dominante y excesiva de cuidado que conlleva a un comportamiento sumiso y de apego exagerado. Al sujeto dependiente le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas, necesita a los demás para asumir

responsabilidades en la mayoría de ámbitos importantes de su vida y tiene dificultad para expresar la disconformidad con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (American Psychiatric Association, 2013).

Sin embargo, la noción de dependencia emocional ha sido ampliamente utilizada en diversos —como la psicología clínica, la psicología cognitivo-conductual, la autoayuda e incluso en discursos sociales y mediáticos para referirse a formas de vinculación afectiva marcadas por la inseguridad, la idealización de la pareja y una fuerte necesidad de aprobación (Gonzalez-Bueso et al., 2018). Por ejemplo, desde los debates en psicología académica, la dependencia emocional se caracteriza por una necesidad demandante de aprobación de los demás en la que el sujeto exige relaciones exclusivas, disponibilidad continua de la presencia de la otra persona y expectativas irreales sobre las relaciones de pareja, que como consecuencia lo someten a ella causando así, miedo a terminar este vínculo (Corbo, 2017).

En suma, aunque las definiciones varían en cuanto a su enfoque, terminología y nivel de formalización diagnóstica, la mayoría de las perspectivas coinciden en caracterizar la dependencia emocional como una manifestación disfuncional o excesiva del vínculo afectivo, centrada en una búsqueda constante de validación, cuidado o aprobación por parte de otro significativo. Así, como indica Bornstein (1995), los paradigmas hegemónicos dentro del campo de la salud mental tienden a consensuar la dependencia como un rasgo o una patología maladaptativa, asociada a la pasividad, la debilidad y la sumisión.

A pesar de este consenso general sobre su carácter disfuncional, algunos autores han propuesto clasificaciones más específicas que permiten desglosar el fenómeno en subtipos diferenciados. Al revisar diversas formas de dependencia, se identifican dos subdimensiones: dependencia instrumental y dependencia emocional (Bornstein, 1993; Hirschfeld et al., 1977). La primera se distingue por la búsqueda de apoyo social, falta de iniciativa propia y dificultad para tomar decisiones; por otra parte, la emocional se caracteriza por demandas “[...] afectivas excesivas y relaciones afectivas desequilibradas por la idealización y la sumisión a la pareja” (Laca y Mejía, 2017, p. 67).

Quienes presentan este tipo de dinámica afectiva suelen tener mayores dificultades para establecer modos equilibrados en sus vínculos interpersonales, lo que se refleja en relaciones de mucha intensidad, pero inestables, caracterizadas por el miedo al

abandono (Ara, 2012). Como afirma Janin (2011), se pueden generar a su vez relaciones de total sumisión al otro, en las que el sujeto llega a anularse a sí mismo, supeditado al único incentivo sería el de sentirse acompañados, independientemente de la calidad de la relación. Para la persona dependiente, la ruptura con el otro podría suponer un trauma devastador que, generalmente desencadena síntomas depresivos tales como sentimientos de rechazo, negación y abandono, en las que la persona se puede ver impulsada a pensamientos autolíticos y, en casos mas graves, a suicidios consumados (Lemos et al., 2007). El problema basal del sujeto dependiente radica en su necesidad extrema del otro, es decir, el factor que da cuenta de lo patológico en el sujeto es el “anhelo extremo”, una medida cuantitativa que ha sido excedida con respecto a tal criterio (Castelló, 2015).

Esta dimensión patológica de la dependencia emocional ha sido constatada empíricamente por diversos estudios realizados en el contexto peruano. Por ejemplo, una investigación de la Universidad Autónoma del Perú durante el 2025, evidenció que más del 51% de estudiantes universitarios en Lima presentaban tendencia a la dependencia emocional. Asimismo, otro estudio revela que en una muestra de 333 mujeres de Lima Este de entre 18 a 59 años, mostró una prevalencia de dependencia emocional en un nivel medio en mujeres de edades 25 a 60 años producidas por un estilo parental autoritario (Flores, 2020). De manera complementaria, en la misma región se hizo otra investigación con una población de 90 mujeres quienes habían sido víctimas de agresión por su pareja, que obtuvo por resultado que la dependencia se asocia con una mayor expresión emocional y con una tendencia evadir la realidad mediante deseos o fantasías, con una dificultad en la racionalización de los conflictos (Neira et al., 2021).

### **1.1.2 Etiopatogenia de la dependencia emocional**

Existen diversas posturas respecto al origen de la dependencia emocional, aunque gran parte de la literatura lo sitúa en la infancia (Bornstein, 1992). Entre los paradigmas clásicos destacan aquellos provenientes del psicoanálisis, en particular las ramas del psicoanálisis objetal y de la teoría del apego, que enfatizan la importancia de las relaciones tempranas con los padres o cuidadores. Desde estas perspectivas, las figuras de apego cumplen un rol crucial en la formación de rasgos de personalidad dependiente (Urbiola, et al., 2014).

Un constructo tradicional para entender la dependencia se ha centrado en la teoría del apego de John Bowlby (Ainsworth y Bowlby, 1991; Bowlby, 1969/1982). Este

modelo explicativo comprende la conducta tardía a partir de las experiencias primarias y de la relación con la figura de apego durante el desarrollo infantil. Concluye que los efectos, tanto inmediatos como a largo plazo, sobre la salud mental del niño, son el resultado de una experiencia gratificante o frustrante en relación con la posibilidad de establecer una conexión cálida, íntima y sostenida entre madre e hijo (Moneta, 2014). Por lo tanto, de esta primera experiencia devendría el estilo de apego con esas figuras primarias, presentando tres posibles formas: el apego seguro, ansioso y evitativo (Bowlby, 1969/1982). Posteriormente, se identificó una cuarta categoría para clasificar patrones de comportamiento en niños expuestos a situaciones de estrés o trauma: el apego desorganizado (Main y Solomon, 1986). Así, en tanto el infante no haya establecido un vínculo seguro con su figura de cuidado, se presentarían implicancias en el desarrollo emocional, en la adquisición de seguridad, confianza y confort para su desarrollo posterior que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social (Bowlby, 1990; Rusbya, et al., 2013).

En consecuencia, las dependencias patológicas se consolidarían si los intentos de autonomía han sido censurados, lo que genera una autoestima devaluada y sentimientos de desvalorización hacia sí mismo. En el futuro, esto podría compensarse intentando asegurar la presencia de un otro que supla tales carencias. En estos casos, el sujeto necesita una aprobación y atención excesivas por parte de su pareja; si no las obtiene, puede desarrollar dudas sobre su autovalía y autoaceptación, construyendo así un concepto del sí mismo negativo, además de presentar cuadros de ansiedad, sentimientos de desvalimiento, vacío emocional e insatisfacción crónica (De la Villa y Sirvent, 2009; Hirigoyen, 2013; Mikulincer y Shaver, 2012; Morgan y Clark, 2010).

En la revisión de la literatura, es común que los conceptos de apego y dependencia se utilicen indistintamente como sinónimos (Burutxaga, 2018). Sin embargo, diversos autores destacan que ambos conceptos difieren en dos aspectos fundamentales. En primer lugar, mientras que el apego se manifiesta principalmente a través de la búsqueda de proximidad hacia una figura específica, el comportamiento dependiente se caracteriza por la búsqueda de ayuda. En segundo lugar, las conductas de apego son dirigidas hacia un objeto particular, es decir, hacia una persona específica de la que el niño depende emocionalmente (Ainsworth, 1972; Livesley et al., 1990). Por el contrario, los comportamientos dependientes no están limitados a una sola persona, sino que pueden estar orientados hacia cualquier individuo que, para el sujeto dependiente, represente una figura de cuidado potencial (Bornstein, 1992).

Finalmente, al ceñirnos a las revisiones formales en Latinoamérica sobre el concepto de dependencia emocional, 5 estudios destacan la influencia del trauma, el comportamiento impulsivo y los estilos de apego parental en el desarrollo de esta problemática. Las hipótesis sobre la etiopatogenia de este cuadro por lo tanto, coinciden en que dicho fenómeno no puede entenderse solamente como un rasgo individual, pero el resultado de varias dimensiones vinculares y del contexto que configura la experiencia afectiva de los sujetos (Cjuno y Vásquez 2024).

### **1.1.3 Debates y limitaciones en la construcción diagnóstica de la dependencia emocional**

Un estudio acerca de la revisión de la literatura empírica sobre la dependencia emocional concluye que, en 19 artículos relevantes, las definiciones más utilizadas sobre la dependencia emocional en diversos estudios corresponden principalmente a las propuestas por Castelló (2005) y De la Villa y Sirvent (2009). En esta investigación, González-Bueso et al. (2018) realizaron una revisión sistemática para analizar cómo se ha conceptualizado la dependencia emocional, sus marcos teóricos y estudios empíricos asociados. Señalan que, aunque el fenómeno se define de distintas maneras, existe consenso en algunas características comunes de la persona dependiente, como el miedo a la soledad, al abandono o a la pérdida de la relación, la demanda constante de presencia del otro, expectativas irreales sobre la pareja, y el sometimiento o subordinación hacia ella.

Además, el estudio concluye que no existe una herramienta diagnóstica ampliamente aceptada para evaluar el pronóstico y la afectación de este trastorno. También resalta la imprecisión de varios instrumentos usados en los estudios revisados, ya que muchas pruebas basadas en criterios del DSM-IV no miden de manera específica esta problemática emocional. Así, no existe una herramienta diagnóstica ampliamente aceptada para valorar de manera específica el alcance y la gravedad de la dependencia emocional. En esta línea, algunos autores han señalado la inexactitud de instrumentos comúnmente utilizados como el IDI y el SSDS, diseñados originalmente para evaluar el trastorno de personalidad dependiente descrito en el DSM-V-T (APA, 1994), –que continúa en la actualidad en el DSM V con los mismos criterios–pero no la dependencia emocional como tal. Esta falta de especificidad metodológica plantea serias limitaciones para la evaluación clínica y la comparabilidad entre estudios (González-Bueso, et al., 2018).

La discusión que propone el estudio es que actualmente existe un debate sobre si la Dependencia Emocional constituye un trastorno mental legítimo, pues, si bien existe un número significativo de individuos que muestran problemas psicológicos relacionados con una dependencia emocional intensa en el establecimiento de sus relaciones sentimentales, existe comorbilidad encontrada con otras sintomatologías del tipo obsesivo-compulsivo, ansioso-depresivo, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo, así como en personas con menor autoestima y con mayor riesgo de sufrir depresión mayor. En ese sentido, la literatura actual concluye que los indicadores utilizados para identificar el posible trastorno no se han establecido globalmente a partir de criterios científicos (Gonzalez-Bueso, et al., 2018).

En línea con esto, diversos estudios empíricos en el contexto peruano han encontrado que la dependencia emocional se relaciona significativamente con variables clínicas como la depresión. Se encontró una correlación positiva, aunque débil, entre la dependencia emocional y los síntomas depresivos en estudiantes, coincidiendo con los resultados de Camero y Céspedes (2022) en Piura, Borlini (2022) en Lima y Arcaya (2021) en Trujillo. O por ejemplo, Cáceres (2023) quien halló correlación positiva entre dependencia emocional y riesgo suicida (Mori, 2025).

## **1.2 Perspectivas desde la psicología crítica sobre la dependencia emocional**

Bornstein (1995), examina y cuestiona cómo se ha conceptualizado la dependencia emocional así como también las representaciones usualmente asentadas en relación a un sujeto con la presunta patología. En sus estudios, rebate argumentando desde diversas pruebas empíricas que las ideas asociadas a la dependencia emocional como la debilidad, la sumisión y la pasividad, no siempre se encuentran como síntomas para todos los sujetos diagnosticados, y que, a pesar de que sean características estables para esta patología, no están invariablemente asociadas a ella. Ya en trabajos previos, se había propuesto que la dependencia emocional es una construcción dinámica y contextualizada, cuyas manifestaciones y consecuencias varían según factores culturales, evolutivos y motivacionales (Bornstein, 1994).

Una de sus críticas como punto de partida para el desarrollo de su estudio es que, desde las perspectivas hegemónicas que abordan este fenómeno, el Yo del sujeto dependiente tiende a ser representado como carente de agencia, “impotente e ineficaz”,

en contraposición a las demás personas, que serían percibidas como figuras relativamente poderosas y con dominio constante sobre las situaciones que enfrentan (Bornstein, 1994, p. 622). Sugiere también que la descripción de la pasividad como síntoma no debe entenderse como incapacidad para actuar o ausencia de deseos propios, sino como una estrategia relacional: una forma de comportamiento intencionado cuyo objetivo es suscitar apoyo, atención o cuidado por parte de los demás. Así, mostrar vulnerabilidad o necesidad no es solo un signo de indefensión, sino una manera de activar respuestas protectoras en el entorno, revelando que la dependencia emocional puede implicar formas sutiles de agencia.

Además, plantea que la inclinación a complacer a los otros en sujetos con rasgos dependientes no se orienta exclusivamente a obtener aprobación generalizada, sino que puede estar modulada por la posición jerárquica de la persona con la que se relacionan. En este sentido, la tendencia a la sumisión o la docilidad no necesariamente responde al deseo de agradar a los pares, sino que puede ser una estrategia dirigida específicamente a figuras de autoridad, cuyo reconocimiento resulta central para el sujeto (Bornstein, 1992).

Por otra parte, el indicador conformidad y la tendencia a buscar ayuda de los demás, puede ser un déficit en una situación de toma de decisiones en grupo o en un papel de liderazgo, pero, este mismo rasgo se convierte en punto fuerte al recibir tratamiento médico o psicológico, puesto a que ellos responderían de manera más asertiva. Del mismo modo, la sensibilidad interpersonal puede ser parcialmente responsable de la hipersensibilidad al estrés o al conflicto interpersonal en el individuo dependiente, sin embargo, este mismo rasgo, puede ayudar en la percepción de sutiles señales verbales y no verbales y, por tanto, facilitar el desarrollo de relaciones de apoyo. Explica también, que, el “tener dificultad para tomar decisiones del día a día sin una excesiva cantidad de consejos y reafirmaciones de otros” es un criterio que debería ser evaluado con mayor precisión pensando por ejemplo en qué tipo de situaciones el paciente necesita tales afirmaciones (APA, 1994, como se citó en Bornstein, 1995, p. 74).

También se les asume como sujetos con una marcada necesidad de orientación y apoyo que se muestran ansiosos o temerosos cuando se requiere un funcionamiento independiente. La teoría del aprendizaje asume que la dependencia estaría asociada con una mayor ansiedad y por lo tanto, un rendimiento disminuido en tareas de aprendizaje y resolución de problemas independientes (Bornstein, 1995). Sin embargo, las revisiones de Holt (1966) sobre las primeras investigaciones en la relación entre la dependencia con

el estilo cognitivo, sugieren que ciertas formas de dependencia están asociadas con la creatividad y la flexibilidad cognitiva. En consecuencia, Bornstein (1992) afirma que, la relación de la dependencia con el desempeño en la resolución de problemas y las tareas de aprendizaje estructurado sigue siendo disputable.

En ese sentido, en su estudio acerca de la lectura de esta patología, renueva el concepto no únicamente en función del déficit o el conflicto, sino más bien, en función a la especificidad de cada individuo. Así, concluye que la dependencia no es necesariamente “ni positiva ni negativa, sino que, puede ser una ventaja en algunas situaciones y una debilidad en otras” (Bornstein, 1995, p. 75). El autor, por lo tanto, cuestiona los supuestos convencionales y abre espacios para la revisión de la patología superando su concepción en tanto actitudes y comportamientos inadaptados. De esta forma, invita a “superar la tradicional visión deficitaria de la dependencia, que ha demostrado ser reduccionista, y no refleja todo el espectro de cualidades que se asocian con niveles elevados de dependencia en los adultos” para así, reconocer que la dependencia también está en otros casos asociados con altos niveles de actividad, asertividad e incluso agresividad (p. 64). Kaplan (1983) añade, que si los altos niveles de dependencia se consideran un signo patognomónico digno de un trastorno de personalidad dependiente, entonces tal vez los altos niveles de independencia también deberían ser considerados un signo patognomónico de igual valor diagnóstico.

### **1.3 Dependencia emocional y género.**

Según resultados de pruebas de medida de auto reporte, es decir, en la que se les solicita a los participantes que informen directamente sobre sus propios comportamientos, creencias, actitudes o intenciones, en relación a la dependencia en una población de personas adultas, se han encontrado mayores niveles de dependencia en las mujeres que en los hombres (Bornstein, 1992). Sin embargo, en los resultados de pruebas proyectivas, los investigadores generalmente encuentran que los hombres y las mujeres muestran niveles similares de dependencia tanto en adultos como en niños (Bornstein et al., 1988; Greenberg & Bornstein, 1989; Juni et al., 1979; Molinos & Cunningham, 1988; Shilkret & Masling, 1981; Weiss, 1969; Weiss & Masling, 1970). Estas diferencias entre métodos de evaluación evidencian la complejidad de evaluar la dependencia emocional, ya que mientras los autoinformes —que requieren verbalización consciente— tienden a arrojar

mayores niveles en mujeres, las pruebas proyectivas —que exploran aspectos más inconscientes— muestran niveles similares o incluso mayores en hombres.

Investigaciones actuales como las de Gonzalez-Bueso et al. (2018) señalan que la dependencia emocional se ha definido tradicionalmente como un trastorno asociado a las mujeres, y que algunos estudios defienden que el pertenecer al género femenino puede ser un factor de riesgo para desarrollar tal patología. Sin embargo, añaden que, al revisar los resultados de nuevas investigaciones, los hallazgos no son completamente unánimes en este dictamen, por ejemplo, en dos de los estudios se han encontrado predominancias mayores del problema en hombres. Y, así mismo, al evaluar específicamente la relación entre género y Dependencia Emocional, los resultados han sido contradictorios, mostrando al mismo tiempo que la varianza de la dependencia emocional está parcialmente explicada por los roles de género (Alonso-Arbiol et al., 2002), y no encontrando disparidad en la dependencia emocional con respecto al género (González-Jiménez y Hernández-Romera, 2014).

En el caso peruano, las investigaciones respaldan esta postura. Un estudio realizado con 300 personas con pareja, residentes en Lima y Callao, evidenció que los hombres presentan niveles más altos de dependencia emocional en comparación con las mujeres. Este hallazgo coincide con estudios previos, como los realizados por Laca y Mejía (2017), que también señalan una mayor tendencia a la dependencia emocional en varones (De la Cruz, 2019). De manera complementaria, en Chimbote, una muestra de 119 estudiantes de psicología, de entre 18 a 24 años, con al menos un año de relación de pareja, también concluye que un 27.8% de hombres presentó conductas asociadas a ansiedad de separación comparativamente a un 19.3% en mujeres. De igual manera, este grupo tuvo un mayor puntaje en criterios como modificación de planes, miedo a la soledad y búsqueda de atención. Sin embargo, añade el estudio, que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, sin embargo los hallazgos revelan que la idea de dependencia emocional no responde exclusivamente al género femenino (Arroyo, 2019).

Como indica Bornstein (1992), las causas de las crecientes diferencias de género pueden residir en el cómo se representa al sexo tradicionalmente y en las prácticas de socialización de roles. Por su parte, Spence y Helmrich (1978) mencionan que generalmente desde la infancia se desalienta a los niños a expresarse abiertamente acerca de sus sentimientos y necesidades dependientes hacia el otro, sin embargo, históricamente

las niñas han sido más expuestas a exhibir estos sentimientos, alentadas a ello porque el comportamiento pasivo y dependiente tradicionalmente se ha considerado como consonante con el rol sexual femenino. Así, los factores culturales pueden servir para fomentar la sobreexpresión de estas necesidades en las mujeres y desalentar la expresión abierta de estas necesidades en los hombres.

#### **1.4 Subjetividad: Dimensiones Psicológicas, Sociales y de Poder**

La subjetividad, siendo una categoría compleja y multifacética, ha sido objeto de estudio en diversas disciplinas como la psicología, la filosofía y la sociología, entre otras. Cada disciplina ofrece enfoques diversos para el estudio de la subjetividad, aunque pueden diferir entre sí por distintos contextos históricos y sociales, marcos teóricos o métodos de investigación, no necesariamente son incompatibles entre sí. Desde la psicología, teóricos como Vygotsky, Rubinstein y González dieron origen al concepto de subjetividad como categoría y a la vez desarrollaron sus propios indicadores de análisis para la psicología. Para estos autores, el sentido subjetivo engloba la compleja expresión del sujeto, abarcando tanto lo emocional como lo simbólico de su psique, y se construye a través de sus relaciones y acciones en un contexto social y cultural (Lego, 2009).

Este proceso implica la exploración de las formas diversas y diferenciadas de subjetivación que se desarrollan en las diversas realidades de los sujetos inmersos en una localidad, organización, comunidad, región o sociedad. Desde esta perspectiva, el sujeto, inserto en configuraciones tanto individuales como sociales, se integra en un sistema complejo de interacciones en diversos espacios sociales que le permite atribuir significados simbólicos y elaborar un sentido subjetivo (González, 2008). Así, la subjetividad se presenta como una cualidad constitutiva de la cultura, del ser humano y sus prácticas diversas, en tanto expresión de la experiencia vivida, la cual es interpretada de manera diferente por quienes la comparten, constituyendo así la realidad de dicha experiencia. A través de las herramientas que posee, la persona puede reorganizar sus representaciones sobre sí mismo, los demás y su lugar en la sociedad, lo que implica revisar sus biografías personales y sociales, así como construir nuevos significados sobre su experiencia existencial en todas sus dimensiones: cómo se percibe, se expresa, se evalúa, se cuenta su historia y la narra (González, 2012).

Por otro lado, la psicología del siglo XX, influenciada por el psicoanálisis, ha caracterizado la subjetividad como un sistema de representaciones y un dispositivo de producción de significados y sentidos que orientan la experiencia. Este sistema, incluye valores ético-morales regidos por el deseo inconsciente y los ideales del yo, que en conjunto determinan los comportamientos de un individuo. Desde este enfoque, la subjetividad se concibe como un sistema de representaciones que intermedian las relaciones que cada uno sostiene con su corporalidad, la dimensión afectiva, emocional e intelectual, con los otros y su forma de percibir la realidad socialmente construida (Sabino, 2010).

En general, dentro del ámbito psicológico existe un consenso en relación a la subjetividad como la singularidad de cada experiencia que el individuo ha formado tanto a nivel personal como social mediante su relación con el entorno cercano y el contexto más amplio que lo rodea. (Lego, 2009). Sin embargo, lo subjetivo no puede ser reducido a lo individual pues la subjetividad social y la individual se vinculan de manera recursiva, lo que significa que se influyen mutuamente de forma continua. Las manifestaciones y consecuencias de esta interacción son simultáneas pero diferentes para cada uno de estos aspectos, y a su vez, se convierten en componentes esenciales de ambos a través de interpretaciones subjetivas diversas (González, 2012).

#### **1.4.1 La producción de la subjetividad desde la perspectiva foucaultiana**

Dentro de la diversidad de enfoques sobre la subjetividad, destaca el análisis de Michel Foucault, quien lo aborda desde una perspectiva particular, enfocándose en los mecanismos disciplinarios que intervienen en su producción. Foucault investiga cómo las estructuras de poder, a través de sus diversas formas y prácticas, generan saberes que se establecen como verdades, particularmente en lo que respecta al cuerpo y la sexualidad humana. Su teoría ofrece herramientas conceptuales clave para comprender la subjetividad no solo como una construcción interna del individuo, sino como un fenómeno profundamente influenciado por las dinámicas de poder. De este modo, aporta una nueva capa de comprensión al estudio de la subjetividad, al mostrar cómo los discursos normativos y las estructuras de poder configuran la identidad individual y colectiva, determinando lo que se considera "normal" y "anómalo" dentro del ámbito de la sexualidad y el comportamiento humano (Lombana, 2014).

En este sentido, las herramientas analíticas propuestas por Foucault permiten reflexionar sobre cómo los diagnósticos psicológicos no solo clasifican a los individuos, sino que también juegan un papel crucial en la construcción de su identidad y experiencia subjetiva. Por otra parte, argumenta que, a partir del siglo XVIII, con el auge de las instituciones modernas, como hospitales, prisiones y escuelas, se hizo necesario recurrir a una serie de técnicas de vigilancia sobre los sujetos con el objetivo de moldear y normalizar el comportamiento de los individuos para que se ajusten a las normas sociales y estructuras de poder establecidas. Este proceso implica la determinación de diagnósticos que los categorizan según su estructura mental, patología u otras características, constituyendo un sistema de clasificación que regula y normaliza el comportamiento humano. Así, los saberes de educadores, psicólogos y psiquiatras no solo tienen un propósito de auxiliar, sino que también funcionan como instrumentos de poder, actuando como dispositivos de vigilancia y control, basados en las tecnologías políticas del cuerpo (Foucault, 2002).

Estas microtecnologías del poder constituyen saberes que permiten ejercer dominio sobre los cuerpos y las conductas, sin recurrir necesariamente a la violencia física directa. Como señala Foucault (2009), “los instrumentos de violencia pueden no ser únicamente directos o físicos, sino también calculados, organizados, reflexivos, sutiles y, sin embargo, permanecer dentro del orden físico” (p. 35). En línea con esta perspectiva, Norbert Elias (1987) complementa la idea al sostener que el auge de las ciencias psicológicas y psiquiátricas se vincula estrechamente con nuevas formas de gestionar el comportamiento y la emocionalidad, como parte del control social de los impulsos. Así, estas disciplinas se configuran como herramientas fundamentales en los procesos de normalización propios de las sociedades modernas.

Desde la perspectiva foucaultiana, la dependencia emocional puede ser observada y replanteada no como una patología individual aislada, sino como una configuración subjetiva producida en el marco de relaciones de poder. El sujeto moderno no preexiste al poder, sino que es producido por él. En este sentido, la sujeción no debe entenderse únicamente como imposición o sometimiento externo, sino como una forma constituyente: el poder no solo reprime, sino que produce obediencia, docilidad y subjetividad. Es por eso que el diagnóstico psicológico, al nombrar una condición como la dependencia emocional, puede funcionar como una microtecnología del poder, que incide sobre la subjetividad del individuo. Sin embargo, esta interpelación no implica necesariamente una aceptación total de lo diagnosticado, pues siempre cabe la posibilidad

de disidencia por parte del sujeto. El proceso de subjetivación se revela en Foucault como una lucha o resistencia, como una categoría política, que no está fuera del poder sino que está ligado a este en un proceso dialéctico: entre la norma y el cultivo de sí: entre sujeción o liberación (Roldán, 2020).

Este proceso tiene un carácter paradójico, ya que es a través de la sujeción que emerge el "Yo", una subjetividad que parece libre pero que en realidad ha sido moldeada por las normas sociales, las jerarquías institucionales y las técnicas de control (Audureau, 2012). Esto no implica una aceptación pasiva, sino que siempre existe la posibilidad de disidencia y reconfiguración del propio ser, aunque dicha resistencia esté inscrita dentro de los mismos mecanismos de poder, como indica el autor. Por lo tanto, las tecnologías del yo —o del sí— no nos sitúan fuera del poder, sino que constituyen formas de negociación interna, prácticas a través de las cuales los individuos intentan dar sentido a su existencia dentro de los marcos que el poder impone (Foucault, 2002).

Esta crítica al poder o a las instituciones del campo Psi<sup>1</sup>, no es presentada como una defensa de la libertad o los derechos humanos en su sentido tradicional desde el humanismo. No se trata de rechazar la libertad como valor, sino de cuestionar la forma en que este concepto ha sido concebido dentro del marco humanista. Foucault señala que hemos llegado a pensar que la resistencia al poder solo es posible en nombre de los derechos del individuo, o de los derechos del hombre (Audureau, 2012). Sin embargo, este enfoque se vuelve problemático cuando reconocemos que el mismo individuo libre que se utiliza para resistir al poder ya es, en realidad, un producto de las tecnologías del poder (Foucault, 1975). Así, la resistencia es una respuesta interna al poder, generada por los mismos mecanismos que producen la sujeción, es decir, no se da fuera del poder, sino que es condición de su funcionamiento; de ahí su ambigüedad: puede abrir posibilidades de transformación, pero también reproducir las estructuras que pretende desafiar (Foucault, 2002).

## 1.5 El diagnóstico en salud mental: función clínica y efectos subjetivos

---

<sup>1</sup> La *función psi*, entendida como función psiquiátrica, psicopatológica, psicosociológica, psicocriminológica, psicoanalítica, entre otras, constituye para Foucault (2005) “un dispositivo cuya función consiste en hacer actuar la realidad como poder siempre que sea necesario, y cuyos campos de acción privilegiados han sido la criminología y la psicopatología” (citado en Fernández, 2012, p.197).

En el ámbito de las profesiones sanitarias, el diagnóstico, junto con el pronóstico y el tratamiento, constituye una herramienta central que permite emitir un juicio clínico sobre los posibles cambios que pueden ocurrir a lo largo del curso de una enfermedad o trastorno mental. Esto incluye consideraciones sobre su duración, evolución, respuesta terapéutica y probabilidad de recaídas (Ibáñez y Echeburúa, 2015). Como señala Fernández (2012), en la actualidad el diagnóstico adquiere también una dimensión resolutive que trasciende lo estrictamente clínico, ya que incide de manera significativa en diversas esferas de la vida de las personas, afectando no solo su acceso a tratamientos, sino también su identidad, su forma de comprenderse a sí mismas y su lugar en la sociedad.

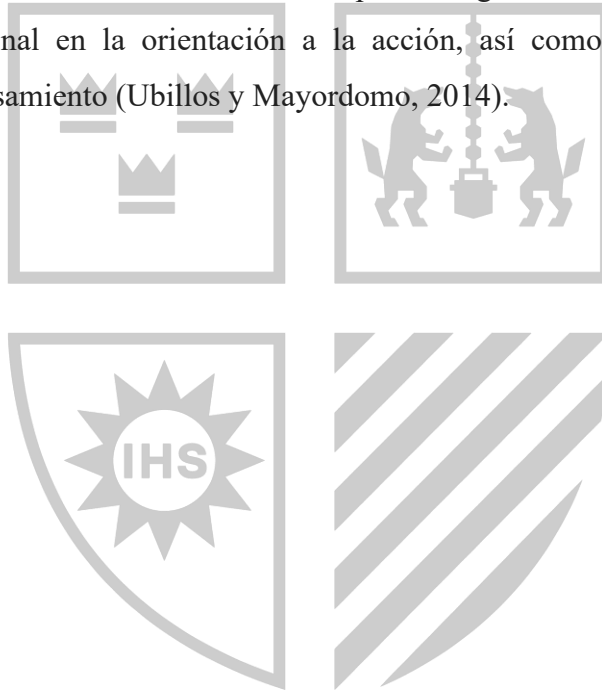
Por ejemplo:

En diversos países los dictámenes psicológicos determinan quién puede ser portador de un arma y quien no; en lo que compete al ámbito de la justicia, por ejemplo, con frecuencia expertos del campo psi ejercen una labor de peritos para dictaminar la cordura de un sujeto o para intervenir en la custodia de un niño. Así mismo aspectos como la contratación de una persona e incluso la obtención de un permiso de conducir, pueden estar supeditados a decretos clínicos (Fernández, 2012).

En este contexto, es interesante explorar lo que el psicoanálisis ofrece con respecto a la mirada en relación al diagnóstico. Por ejemplo, Laurent (2014), desde esta aproximación teórica, da cuenta de cómo las prescripciones psicológicas y rótulos influyen en esas singularidades y explica que a partir de su conocimiento práctico en la clínica, los sujetos que acuden a los psicoanalistas van, en un cierto número de casos, teniendo puestas etiquetas, viviéndolas, y encontrándose en ellas, organizando su experiencia a partir de ahí: el diagnóstico para interpretar la experiencia y no viceversa. Añade que, el psicoanalista, a partir del uso subversivo que los sujetos hacen de las clasificaciones, de la manera en que cada uno vive la etiqueta que ha recibido, va a intentar cernir como eso se engancha y ordena el conjunto de su historia. Así, en muchas ocasiones, el diagnóstico se convierte en una concatenación de posibles problemáticas adicionales: es decir, estigma; tratamiento psicofarmacológico; terapia psicológica, a veces destinada al adiestramiento para hacer buenos ciudadanos, etc.

Esta comprensión clínica subraya la importancia de considerar la disposición de la actitud hacia el diagnóstico, pues implica reflexionar críticamente cómo se abordan y

se interpretan las etiquetas diagnósticas. En este sentido, la investigación busca dar cuenta de estos efectos, desde la lectura de la disposición actitudinal, es decir, el proceso mental en el que se establecen redes de significados que predisponen al individuo a pensar, sentir y actuar de una manera específica, entre múltiples posibilidades disponibles (Vicuña et. al., 1999). Dado que el diagnóstico de dependencia siempre implica una relación con un objeto de apego, es fundamental analizar cómo esto se relaciona con la actitud hacia ese otro. En términos psicológicos, la actitud se refiere al estado de disposición mental y nerviosa, el cual se forma a través de la experiencia y tiene un impacto dinámico en la forma en que un individuo responde ante diversos objetos y situaciones (Allport, 1935). Esta definición resalta características esenciales de la actitud, como su naturaleza no directamente observable, su abarcamiento de aspectos cognitivos, afectivos y conativos, su papel motivacional en la orientación a la acción, así como su influencia en la percepción y el pensamiento (Ubillos y Mayordomo, 2014).



## CAPÍTULO II: OBJETIVOS

El presente capítulo expone los objetivos que orientan la investigación y delimitan el campo de análisis del estudio. A partir del problema planteado, estos objetivos buscan precisar qué aspectos del diagnóstico de dependencia emocional serán indagados, poniendo el énfasis en los sentidos que los jóvenes atribuyen a dicha nominación y en los efectos que esta produce en su experiencia subjetiva, su posicionamiento frente al malestar y sus vínculos afectivos. De este modo, los objetivos organizan la indagación en torno a los procesos de subjetivación y a las transformaciones actitudinales y vinculares asociadas al diagnóstico en el contexto de la consulta psicológica.

### 2.1 Objetivo general

Indagar cómo el diagnóstico de dependencia emocional en consulta psicológica incide en el proceso de subjetivación y en la disposición actitudinal de jóvenes en Lima Metropolitana.

### 2.2 Objetivos específicos

- Explorar el valor atribuido al diagnóstico como herramienta para comprender los síntomas y elaborar la experiencia subjetiva.
- Analizar cómo los participantes procesan y se posicionan frente al diagnóstico clínico en términos de sujeción, distanciamiento o apropiación.
- Identificar los efectos del diagnóstico en la percepción de sí, incluyendo la resignificación personal, así como las transformaciones en la identidad, el autoconcepto y la autoestima.
- Examinar las modificaciones del diagnóstico en la disposición vincular, en los ideales afectivos, representaciones del amor y establecimiento de límites.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

El presente acápite tiene como finalidad explicitar las decisiones metodológicas que orientan el desarrollo de la investigación, particularmente en lo referido al enfoque, el paradigma epistemológico y el diseño adoptado. En coherencia con los objetivos propuestos, se fundamenta la elección de un enfoque cualitativo y de un diseño fenomenológico, atendiendo a la necesidad de comprender los significados subjetivos que los participantes atribuyen al diagnóstico de dependencia emocional y a los efectos que dicha nominación produce en sus experiencias, vínculos y formas de comprenderse a sí mismos. De este modo, se delimita el marco metodológico desde el cual se abordará el fenómeno de estudio, así como los supuestos que sostienen la producción e interpretación de los datos.

### 3.1 Enfoque, paradigma y diseño de la investigación

En línea con nuestro objetivo general, se optó por una metodología de enfoque cualitativo. Esta elección parte del supuesto de que el mundo social está compuesto por significados y símbolos, como afirma Jiménez-Domínguez (2000). Desde esta perspectiva, la investigación cualitativa reconoce las realidades subjetivas e intersubjetivas como fuentes legítimas de conocimiento científico, al centrarse en el análisis de la vida cotidiana, que constituye el escenario primordial donde se construyen y desarrollan las diversas dimensiones que conforman nuestra realidad socio-cultural, según señala Sandoval (2002).

Dado que el objetivo de la investigación es comprender el significado que los individuos atribuyen al diagnóstico de dependencia emocional, se adoptó un enfoque fenomenológico como diseño de la investigación. Este enfoque permitió explorar cómo

las personas interpretan y otorgan sentido a sus experiencias, favoreciendo un análisis que articula dimensiones descriptivas, comprensivas e interpretativas de la realidad subjetiva. En este sentido, se recurrió a herramientas propias del trabajo fenomenológico que, como señala Sandoval (2002), posibilitan acceder al modo en que los sujetos definen su mundo y actúan en función de esa definición.

El diseño fenomenológico facilita la identificación de cambios en la subjetividad y en la disposición afectiva porque parte de la premisa de que la experiencia humana no puede ser comprendida desde una perspectiva puramente objetiva, ya que toda percepción está teñida por la manera en que los sujetos significan lo que les ocurre (ATLAS.ti, s.f.). En este sentido, estudiar fenomenológicamente los efectos del diagnóstico de dependencia emocional implica atender a cómo los individuos narran y organizan su experiencia a partir de esa categoría, revelando las transformaciones que ello introduce en su forma de comprenderse a sí mismos, sus vínculos y su forma de estar en el mundo.

Por ejemplo, una persona podría relatar que, tras recibir el diagnóstico, comenzó a interpretar ciertas actitudes en sus relaciones —como la necesidad de constante validación o el temor al rechazo— no simplemente como rasgos de su carácter, sino como parte de “ser dependiente emocional”. Esta nueva lectura puede llevarla a replantear sus vínculos o a reforzar ciertas conductas, revelando cómo el diagnóstico reconfigura tanto su subjetividad como su disposición emocional y actitudinal frente al cambio.

En coherencia con esta orientación fenomenológica y el carácter exploratorio del estudio, se propone indagar cómo el diagnóstico de dependencia emocional y su abordaje terapéutico inciden en las experiencias vivenciales de quienes han sido nombrados bajo esta categoría durante su tránsito por el espacio clínico. Dado que este aspecto ha recibido escasa atención en el ámbito académico, la investigación busca aportar una comprensión situada sobre los efectos que la práctica diagnóstica tiene en los procesos de subjetivación.

### **3.1 Participantes y estrategia de selección**

**Tabla N. °1***Características sociodemográficas de los participantes*

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Carrera / Nivel Educativo</b>	<b>Terapia actual</b>	<b>Duración terapia</b>	<b>Tipo de terapia</b>	<b>Estado relacional</b>
Andrea	27	Estudiante de bibliotecología	Sí lleva	3 años	Cognitivo-conductual	En pareja
Sandra	26	Cirujana dentista (Odontología)	Actualmente, no	5 meses	No especificado	En pareja
Samantha	24	Egresada de la carrera de Periodismo	Actualmente, no	No especificado	No especificado	Saliendo con alguien
Julia	24	Egresada de la carrera de Psicología	Actualmente, no	6 sesiones aprox.	Cognitivo-conductual	En pareja
Camila	25	Estudios universitarios incompletos en Biogenética y Tecnología	Actualmente, no	Desde los 12 años	Mixta (psicológica y psiquiátrica)	Soltera
Roxana	27	Egresada de la carrera de Psicología	No especificado	Intermitente	Cognitivo-conductual	En pareja
Elizabeth	25	Estudiante de Ingeniería Civil	Actualmente, no	Un mes y medio	No especificado	
Marco	29	Estudiante de Ciencias Políticas	Actualmente, no	No especificado		Soltero
Micaela	27	Bachiller en Administración de Empresas	Actualmente, no	4 años	Cognitivo-conductual y psiquiátrica	Soltera

La muestra estuvo compuesta por jóvenes de nacionalidad peruana de entre 18 a 29 años de edad, periodo que corresponde al momento vital identificado como juventud (INEI, 2014). El interés por enfocarnos en esta población es puesto a que durante esta etapa se empiezan a construir representaciones “relacionadas a la necesidad de individuación, el compromiso y el deseo de establecer espacios de intimidad” (Varela, 2019) con la pareja a partir de las cuales se moldean creencias y expectativas.

La elección de la juventud como población de estudio responde a la relevancia que esta etapa tiene en el desarrollo subjetivo y social en las personas. Desde la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1968), este periodo implica la resolución de la crisis entre identidad y confusión de roles, entendida no como una patología, sino como una tensión estructural que impulsa la construcción del yo. Desde esta mirada, la juventud se encuentra estrechamente ligada a la idea de crisis, la cual puede ser leída desde tres enfoques: el primero, por que es una etapa marcada independientemente por la inestabilidad, ruptura y renovación. En segundo lugar, abre imaginarios, identidades y contranarrativas como rechazo al orden establecido tanto en el área familiar como a nivel social y público. Finalmente, como una etapa especialmente impactada por contextos históricos adversos —económicos, políticos o sociales— que afectan con mayor intensidad a los jóvenes por su situación de vulnerabilidad y la inestabilidad propia de sus trayectorias vitales, leyendo así la juventud como una crisis sintomática (Feixa, 2020).

Habiendo justificado la población elegida, es necesario señalar que la participación en esta investigación fue voluntaria. Como criterio de selección de los participantes, se estableció que fueran personas que hubieran asistido a consulta psicológica y a quienes se les hubiera atribuido, de manera formal o informal, el diagnóstico de “dependencia emocional”. Esta decisión se fundamentó en que, en ambos casos, el mensaje proviene de instancias con autoridad simbólica y legitimadas por el saber psicológico, lo que otorga validez y peso a dicha atribución en la experiencia subjetiva de los consultantes. Asimismo, se incluyeron en la muestra tanto pacientes que hayan concluido su proceso terapéutico como aquellos que hayan desertado del mismo, dado que resulta relevante conocer las motivaciones que condujeron a dichas decisiones. La finalización o abandono del espacio terapéutico no se consideró como un criterio excluyente, ya que ambas situaciones aportan información valiosa para comprender las razones que llevaron a dicha elección.

Tampoco se consideró como criterio de inclusión exclusiva el que el diagnóstico del participante sea únicamente el de dependencia emocional, dado que este suele

coexistir con otros cuadros clínicos, como trastornos depresivos, Trastorno de Ansiedad Generalizada o Trastorno Límite de la Personalidad. En consecuencia, se reconoce la posibilidad de comorbilidad en algunos casos.

En cuanto al criterio de exclusión, se descartaron aquellos casos en los que la dependencia emocional haya sido autoreferenciada o autodiagnosticada fuera del ámbito clínico-psicológico, ya que esto no se ajusta a los objetivos de la investigación. Por otra parte, resulta importante precisar que el objetivo del estudio no apunta a establecer comparaciones entre subgrupos poblacionales, sino a profundizar en las experiencias subjetivas de dependencia emocional en población joven. Por ello, el criterio principal de inclusión fue haber experimentado esta forma de vínculo afectivo, independientemente de si actualmente se encuentran en una relación de pareja o no, o de otras variables como el género, el nivel socioeconómico o el historial clínico.

El instrumento elegido fue la entrevista semiestructurada, puesto a que presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas con preguntas planeadas que pueden ser ajustadas a los entrevistados. La ventaja de este dispositivo es la posibilidad de acoplarse con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz-Bravo, et al., 2013).

Durante la entrevista, se abordaron preguntas previamente establecidas que corresponden a los tres objetivos de investigación mencionados. Sin embargo, debido a la complejidad de la problemática, la cual demanda una comprensión holística y contextualizada del desarrollo actual del individuo con sus aprendizajes y representaciones, se propuso que la entrevista tenga un carácter exploratorio. Esto permitió realizar nuevas preguntas e indagar más profundamente en las vivencias y la historia del paciente, tanto en el ámbito clínico (en la consulta psicológica) como en su experiencia amorosa. De esta manera, se recopiló información acerca de los aspectos cotidianos y excepcionales en la vida del sujeto.

Este enfoque de entrevista se alinea con las características del diseño fenomenológico, donde, según Salgado (2007), el investigador considera aspectos como la temporalidad (cuándo ocurrieron las experiencias), el espacio (dónde tuvieron lugar), la corporalidad (las personas involucradas físicamente) y el contexto relacional (las relaciones generadas durante las experiencias). Por tanto, las entrevistas, grupos focales

y la recopilación de documentos, materiales e historias de vida fueron dirigidos a explorar estas dimensiones vivenciales.

Para el diseño de la entrevista semiestructurada se elaboró una guía de preguntas que buscaron recopilar la narrativa del participante a partir de las 2 variables de investigación: Subjetivación y Disposición Actitudinal. En cuanto a la primera, se abarcaron las siguientes áreas: subjetivación del malestar en el espacio clínico, nociones previas del diagnóstico, disposición previa para recibir el cuadro clínico, actitud frente al diagnóstico, comprensión del diagnóstico, disposición (sujeción/distanciamiento) para seguir las recomendaciones terapéuticas, cambios en la percepción de sí mismo y cambios en los ideales de vinculación afectiva. En cuanto a la segunda variable, se exploraron las dimensiones: Utilidad del diagnóstico para organizar de sentido la experiencia, los efectos del diagnóstico en la vinculación afectiva posterior y cambios actitudinales para establecer futuras relaciones afectivas. En conclusión, la secuencia de áreas y sus correspondientes preguntas recogieron información que aborda el momento inicial, el primer encuentro del paciente con el espacio psicológico y su motivo de consulta, hasta las prescripciones del tratamiento.

Asimismo, se realizó una prueba piloto del instrumento con dos participantes que cumplieran los criterios de selección. Los resultados obtenidos a partir de la validación por parte de expertos permitieron reformular las preguntas del instrumento, orientándolas no solo a indagar los saberes adquiridos por los pacientes en el contexto de la consulta, sino también a explorar sus dimensiones cognitivas y sensoriales. De este modo, se ajustó el instrumento para procurar obtener información que diera cuenta de una experiencia clínica integral y singular, abarcando inquietudes, preocupaciones y vivencias dentro del espacio terapéutico.

Además, esta etapa de prueba, posibilitó el replanteamiento de aquellas preguntas cuyos resultados tendían a respuestas dicotómicas, con el objetivo de evitar formulaciones sugestivas y promover, en cambio, una mayor apertura hacia la narrativa personal de cada participante. Por último, se revisó detenidamente la pertinencia de cada pregunta en relación con los objetivos de investigación, haciendo especial énfasis en las áreas en las que se buscaba identificar posibles efectos del diagnóstico: ámbitos social, familiar, sexoafectivo, personal, entre otros.

### **3.2 Procedimiento de recolección de datos**

El contacto inicial con los participantes se realizó mediante una convocatoria abierta vía redes sociales, en la cual se expuso cuál es el objetivo de la investigación. En esta se señaló que la participación en el estudio es voluntaria y que los datos confidenciales serán respetados y protegidos de la divulgación en otros espacios. Se explicó en un consentimiento informado que la información que resulte de la grabación de las entrevistas y sus correspondientes resultados serán usados únicamente con fines académicos, y que su identidad en la presentación del estudio será anónima. Estos señalamientos serán reiterados verbalmente antes de comenzar con la entrevista.

Las entrevistas se realizaron de manera virtual a través de la plataforma Zoom, en sesiones individuales previamente coordinadas según la disponibilidad horaria de cada participante. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de entre 45 minutos y una hora. Antes de iniciar formalmente la entrevista, se generará un espacio breve de conversación para establecer confianza y propiciar un clima de apertura en el espacio. A continuación, la investigadora leyó el consentimiento informado en voz alta, solicitando el consentimiento verbal del/la entrevistado/a para participar en el estudio, así como la autorización para grabar la entrevista. Se explicó que la grabación sería utilizada únicamente para transcribir con precisión el contenido de la conversación, y que dicha transcripción será empleada exclusivamente con fines analíticos y académicos.

### **3.3 Análisis de Datos**

En cuanto al procesamiento de datos, se optó por el enfoque de análisis temático propuesto por Braun y Clarke (2016), el cual resultó congruente con el diseño fenomenológico de la investigación y con su propósito de comprender las experiencias subjetivas de los participantes desde su propia narrativa. De este modo, identificaremos, organizaremos e interpretaremos patrones y temáticas significativas dentro del conjunto de datos recopilados, facilitando una lectura de los sentidos atribuidos al diagnóstico de dependencia emocional que respondan los objetivos de investigación.

El análisis se llevó a cabo de manera secuencial siguiendo las 6 fases propuestas por los autores mencionados, pues ofrecen una guía flexible pero rigurosa para explorar la complejidad de las vivencias relatadas por los entrevistados, estas son las siguientes:

1) Familiarización con los datos: En esta primera fase, se procederá a la lectura integral de las transcripciones de las entrevistas, sin realizar anotaciones ni interpretaciones inmediatas, con el fin de absorber el contenido en su totalidad. Posteriormente, se realizarán resúmenes breves por cada página de texto para comenzar a interactuar con los datos de forma general, sin aún ingresar al plano analítico.

2) Codificación inicial: Una vez familiarizados con los datos, se procederá a identificar unidades de significado relevantes tanto para los objetivos de investigación como para las temáticas emergentes y específicas para cada historia. Estas unidades serán etiquetadas mediante códigos que representen aspectos clave de la experiencia relatada.

3) Generación de temas iniciales: A partir de los códigos obtenidos, se desarrollarán temas iniciales que funcionen como núcleos organizadores del contenido, en tanto representen patrones de sentido compartido por los participantes o bien dimensiones singulares que permitan comprender la experiencia del diagnóstico y sus efectos. En coherencia con el enfoque reflexivo propuesto por Braun y Clarke, estos temas no emergen de manera neutral, sino construcciones analíticas guiadas por el posicionamiento teórico del investigador y los objetivos del estudio.

4) Revisión de temas: En esta etapa se evaluará la coherencia interna de cada tema, así como su consistencia con el conjunto de los datos en relación a los objetivos de la investigación. Podrán realizarse ajustes tales como la división, fusión o eliminación de temas, buscando asegurar su solidez conceptual.

5) Definición y denominación de temas: Una vez establecidos los temas definitivos, se procederá a su definición precisa y a la asignación de denominaciones claras que expresen su esencia en un formato estructurado en tablas de excel, con un color asignado que concuerde al tema de la cita subrayada. Cada tema será acompañado de una breve descripción que resuma su contenido, permitiendo así comunicar de manera accesible los hallazgos.

6) Elaboración de resultados: Finalmente, se redactará un informe analítico en el que se presentarán los temas identificados, ilustrados con citas textuales de los participantes que respalden e iluminen las interpretaciones realizadas. Esta presentación será interpretativa, y buscará establecer vínculos entre las experiencias narradas, el marco teórico y los objetivos del estudio.

### 3.4 Criterios éticos

Los criterios de calidad o rigor de la información que se mantuvieron en el proceso de indagación son los de confirmabilidad, autenticidad, transparencia y reflexividad epistemológica, teórica, metodológica, y ética del trabajo (Blesa et al., 2014). En primer lugar, se garantizó el principio de consentimiento informado, el cual se otorgó de manera verbal a cada participante antes de empezar con las entrevistas. Además se les detalló el propósito de estudio, la modalidad de entrevista, es decir mediante la plataforma virtual en la que se llevará a cabo así como la grabación de las sesiones. Se informó que todos los datos serán tratados de forma confidencial y que sus nombres serían tratados de forma anónima así como cualquier información que pudiera identificarlos serían cambiados para preservar los datos de manera incógnita.

Ya que la participación en el estudio es voluntaria, se enfatizó en que los entrevistados podrían interrumpir su relato en cualquier momento, solicitar que determinada información no sea registrada o incluso retirarse del estudio sin necesidad de justificación. En caso de que alguna entrevista despierte malestar emocional, se ofrecerá información sobre posibilidades de acompañamiento psicológico disponibles, como forma de contención posterior. El respeto por las experiencias de los/las participantes constituye un principio ético fundamental en esta investigación. Se evitaron juicios de valor, intervenciones interpretativas o cualquier forma de deslegitimación de los relatos compartidos. Se buscó garantizar un espacio de escucha cuidadosa, donde cada testimonio sea comprendido desde la perspectiva de quien lo vive reconociendo su valor en el marco de un enfoque fenomenológico.

En relación con el instrumento de recolección de datos, las preguntas han sido tipificadas de manera uniforme para todos los participantes con el objetivo de no generar variabilidad en las respuestas o que se induzcan a sesgos, así, se buscó en todo momento recoger la experiencia de nuestros participantes de tal manera que sea fehaciente a sus propias subjetividades. Por último, se garantizó la transcripción de los relatos de manera íntegra y veraz a las expresiones originales de los participantes, preservando sus propios lenguajes y matices, con el objetivo de testificar la autenticidad de cada discurso y, con ello, un riguroso análisis de los datos.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las incidencias del diagnóstico de dependencia emocional en los procesos de subjetivación y disposición actitudinal en jóvenes y adultos. A partir del análisis de las entrevistas realizadas a 9 participantes (8 mujeres adultas y 1 hombre adulto), la información fue organizada en categorías construidas a partir de los objetivos específicos, que orientaron tanto la recolección como el tratamiento analítico del material empírico. De este modo, cada categoría se vincula directamente con un objetivo y funciona como eje interpretativo del trabajo de campo.

La elección de esta organización se fundamenta en su abordaje de las dos áreas consideradas centrales para el diagnóstico de la dependencia emocional: la dimensión intrapersonal y la dimensión interpersonal. Las categorías construidas en esta investigación fueron elaboradas a partir de los efectos subjetivos identificados en el análisis, y buscan dar cuenta de ambas dimensiones. Así, la dimensión intrapersonal reúne las tres primeras categorías, que dan cuenta de los procesos internos movilizados a partir del diagnóstico, mientras que la dimensión interpersonal abarca la última categoría, la cual se enfoca en los efectos del diagnóstico en los vínculos y relaciones interpersonales. Esta organización responde a la necesidad de ordenar analíticamente los hallazgos, reconociendo que, en la experiencia personal, ambas dimensiones están entrelazadas y se influyen mutuamente en la configuración de la subjetividad. La información fue recogida abarcando el recorrido de las participantes desde el momento previo al inicio del proceso terapéutico, atravesando la etapa diagnóstica, las recomendaciones clínicas y, finalmente, los efectos manifestados en cada fase del proceso. Aunque algunos aspectos se desarrollan de manera secuencial y cronológica, otros procesos, como la evaluación de la utilidad del

diagnóstico y la reacción subjetiva hacia este –las dos primeras categorías–, ocurren de forma paralela e interrelacionada.

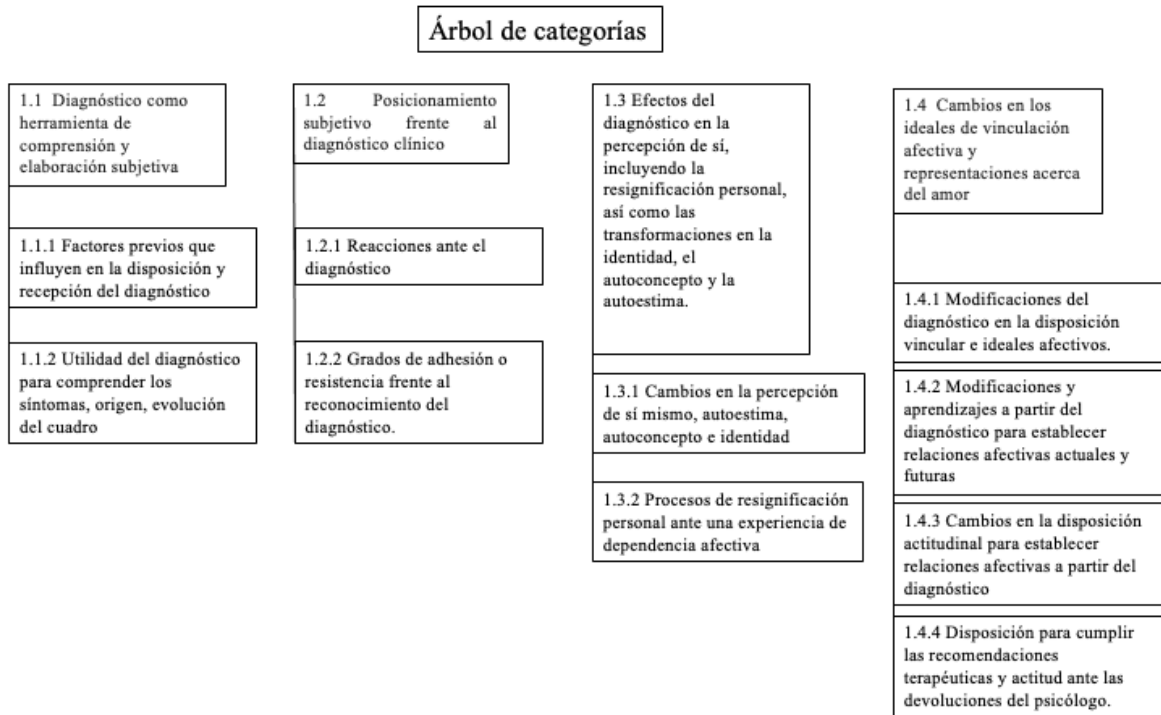


Figura 1: Árbol de categorías

#### 4.1 Categoría 1: Diagnóstico como herramienta de comprensión y elaboración subjetiva

Esta categoría da cuenta de dos áreas centrales en la experiencia diagnóstica de los participantes. En el primer tema, se exploran las condiciones previas a la recepción del diagnóstico en cada paciente: cómo llegaron a consulta, cuáles fueron sus motivos y si reconocieron o vincularon su demanda manifiesta con la posibilidad —o creencia— de estar atravesando una experiencia de dependencia emocional. Se consideran también los saberes previos sobre el diagnóstico, las fuentes de información consultadas, así como las herramientas clínicas empleadas por los especialistas en el proceso evaluativo (entrevistas, pruebas psicológicas, informes psiquiátricos) y los diagnósticos anteriores. En este eje, además, se aborda la disposición actitudinal frente a la evaluación y la necesidad de contar con mayor claridad o información.

Posteriormente, en el segundo tema, se analiza la utilidad —o falta de ella— que cada participante atribuye al diagnóstico como herramienta para comprender sus síntomas, su origen y evolución, así como para elaborar subjetivamente su experiencia de

malestar. Se examina, en este sentido, en qué medida el diagnóstico facilitó nuevas formas de pensar los vínculos, revisar la propia posición en ellos, y habilitar procesos de elaboración que restituyen cierto grado de agencia frente al padecimiento.

#### **4.1.1. Tema 1: Factores previos que influyen en la disposición y recepción del diagnóstico**

En la mayoría de los casos, las participantes llegan a consulta movidos por un malestar emocional sostenido, cuyas manifestaciones más frecuentes son la ansiedad, la tristeza persistente, los estados depresivos y los sentimientos de vacío o desconexión emocional. Por ejemplo, mencionan:

Tenía una tristeza muy prolongada [...] y lloraba sin motivo, hasta porque una mosca se paraba en mi brazo lloraba, entonces yo dije: “esto no es normal definitivamente”, y por eso decidí acudir a consulta (Sandra, 26 años).

La relación estaba llena de celos, de problemas, de bastantes cosas que desencadenaron que yo tuviera comportamientos no adecuados con esta persona, en los cuales llegamos a una agresión física y verbal. En donde yo me di cuenta que, por más que esta persona hiciera estas cosas, yo igual quería tenerlo cerca, y eso ya no estaba bien. Yo pensaba: “esto no debería estar siendo de esta forma, ¿por qué no me puedo alejar?, ¿por qué no lo puedo dejar? Pero no, no podía. Para mí era imposible. O sea, yo sentía que era la única persona que existía en el mundo que me iba a querer así, de esa manera. (Andrea, 21 años)

Si bien aparecen síntomas que afectan el estado anímico y el funcionamiento cotidiano, no siempre se vinculan inicialmente a dinámicas relacionales ni a una vivencia de dependencia afectiva. Algunos participantes mencionan, como motivo de consulta, cuadros de ansiedad generalizada, estrés, llanto frecuente, episodios de agresividad hacia sus parejas o problemas con la regulación emocional. Otros participantes refieren síntomas más agudos como conductas autolesivas:

Es que yo ya había dejado de sentir, digamos, tristeza. O bueno, antes, cuando tenía los ataques de pánico, era porque me sentía demasiado triste. Entonces, sobrepensaba tanto las cosas que eso me producía un estrés muy grande, y ahí llegaban los ataques de pánico, llegaban los ataques de ansiedad. Ahora, cuando yo te digo ‘perder la cabeza’, es porque ya no sentía tristeza: sentía ira, sentía mucho enojo. En ese momento, ya sentía que tal vez podría atacar a alguien, hacerle algo a alguien, y me volví agresiva, verbal y físicamente. Y ya... o sea, era algo que se salía de mis manos. (Elizabeth, 25 años).

Bueno, el motivo de consulta fue porque tengo malas formas de afrontar lo que siento. Yo tengo una como tendencia muy fuerte a autolesionarme. Entonces, yo fui principalmente por eso, [...] yo estaba presentando muchas, muchas como... inseguridades respecto a... no sé, me comparaba mucho con su anterior relación (Samantha, 24 años).

En varios casos, los participantes llegaron a consulta con diagnósticos previos, entre ellos enfermedades crónicas que ya estaban asociadas a síntomas depresivos u otras formas de malestar emocional. En estos contextos, la dependencia emocional no se presentó inicialmente como una hipótesis clínica ni como autodiagnóstico, sino el nombre que emergió más adelante en el proceso terapéutico. Asimismo, el malestar no suele aparecer de forma aislada, sino que se inscribe en un recorrido diagnóstico previo —a veces largo y fragmentado— que incluye experiencias de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastorno límite de la personalidad (TLP) o distimia:

Estuve en distintas terapias, pero siempre las dejaba porque sentía que no me funcionaban. Y bueno, en una de esas, una psiquiatra vio mis síntomas —mi dependencia emocional, mi forma de vincularme, y todo esto— y me dijo que tenía TLP. (Camila, 12 años en terapia)

Yo llegué por un tema de TCA y... nada, y bueno, terminó siendo, finalmente, lo que menos importaba en realidad. Al final fue lo que menos trabajé en terapia también. Resultaba que todo se iba acomodando a esto, que era como la somatización —por decirlo así— del problema. Y sí, todo era súper vincular. (Roxana, egresada de la carrera de Psicología)

[...] porque hace años a mí me diagnosticaron como con tan solo ansiedad generalizada. y en ese tiempo bueno, tenía como anorexia y tenía episodio depresivo moderado, así me habían dicho. (Julia, 24 años)

Fui diagnosticada con una enfermedad autoinmune. Durante todo ese año tuve varias hospitalizaciones, y fue un año complicado en términos de salud. Y bueno... En efecto, nunca había tenido algo así. De hecho, siempre fui una persona muy sana, también en lo que respecta a la salud mental. Entonces, básicamente, me vi medio obligada a entrar a terapia, porque los médicos, durante las hospitalizaciones, me decían que estaba deprimida y me daban pastillas psiquiátricas. Obviamente, yo no quería tomarlas —creo que nadie quiere—, así que, como era un problema constante con mi familia, terminamos contratando a un terapeuta. (Micaela, 27 años).

En nuestros hallazgos, el diagnóstico aparece no como punto de partida, sino como una construcción clínica que se va conformando en el proceso. En este marco, resulta relevante explorar qué nociones o saberes previos tenían los participantes sobre la

dependencia emocional antes de recibir el diagnóstico, así como las fuentes desde las que se informaron o construyeron su comprensión del tema. Estos elementos son fundamentales para entender no solo la forma en que el diagnóstico fue recibido, sino también cómo fue integrado —o resistido— en el proceso de subjetivación y comprender el punto de partida desde el cual lo recibieron e interpretaron.

En los siguientes resultados, la mayoría de los participantes no acudió con el motivo de consulta relacionado con la dependencia emocional. Sin embargo, al recibir ese diagnóstico, este les resultó comprensible y significativo, en parte porque el concepto es relativamente autoexplicativo y su comprensión les resultaba evidente, aun sin un conocimiento previo formal:

[...] para mí era como que ya... yo ya lo sabía [el concepto] y tampoco es algo muy complejo de entender. Entonces no me fue muy difícil asimilar la idea y el concepto y asimilar todas esas cosas, por eso es que lo entiendo. (Elizabeth, estudiante de Ingeniería Civil)

[...] creo que, después de las sesiones no cambió mucho, de nuevo, el concepto, porque como te digo, yo ya sentía que algo estaba raro cuando tenía todos esos patrones. -él estaba contando cómo también tenía este apego hacia su novia y estaba haciendo algo parecido a mí, que era como también estaba pendiente de ella todo el tiempo. (Julia, psicóloga)

Así también se observa en algunos testimonios una actitud de duda y ambivalencia frente al concepto, donde la comprensión inicial de la dependencia emocional se construye de manera fluctuante:

Racionalizándolo, creo que es como depender de una persona, de una especie de soporte que te puede dar alguna persona, supongo. No necesariamente el hecho de que esté ahí contigo físicamente, sino que esté de alguna forma. Generalmente lo había escuchado en términos sentimentales, pero como te digo, no fue tanto lo que me pasó a mí en ese momento, no entré a terapia o toqué ese tema de la enfermedad, o algo [...] En ese momento lo que yo conocía de dependencia emocional era algo más enfermizo como que alguien te tratase mal y que tú sigas ahí. (Micaela, bachiller en administración de empresas)

Bueno, imaginé que tenía, no necesariamente imaginé, no, pero supuse por ahí, porque me cuesta mucho soltar o terminar una relación de cualquier ámbito, a pesar de lo mal que me pueda llegar a sentir con esa persona, independientemente del tipo de relación que tengamos. Yo sabía que era quedarse en una relación, independientemente del tipo que sea, pase lo que pase. A pesar de las malas experiencias, seguías ahí, dándolo todo. (Sandra, cirujana dentista)

Tenía un poco [de información], ahora se ve [mucho] en internet y por ahí, pues te salen algunas cosas y había visto algo sobre eso [...] Bueno lo que vi era que la dependencia

emocional, pues era mmm... era algo que se iniciaba, digamos, a partir de una herida, ¿no? Cuando uno es niño, eso hacía que en tu vida tú buscaras más adelante, pues, no sé, la aceptación tal vez de una persona y llegabas a ese punto en el que yo estaba, como hacer cualquier cosa para no perder a esa persona. (Elizabeth, 25 años)

Otros testimonios señalan que el concepto se encontraba presente en su universo simbólico, pero muchas veces desde una perspectiva desinformada, superficial o estigmatizante, en el último caso, se revela cómo se percibe el diagnóstico como parte del lenguaje coloquial más que como una categoría psicológica:

[...] no sabía nada porque según yo eran tratos normales, ¿no? Porque según yo, eh... tenía la idea del amor romántico de que estar con tu pareja siempre es algo normal, de querer tenerla cerca y estar con ella. Y él (el psicólogo) me dijo que no era esa forma tan nociva como yo lo veía y entonces me dijo que busque un poco, que me informe, que si deseaba él me podía pasar algunos artículos, o sea, y me lo podía explicar. Accedí claramente, busqué algunas cosas y me di cuenta de que en mi diagnóstico con el psiquiatra podría salir esto porque tenía, o sea, toda la información que había sobre la dependencia emocional se identificaba conmigo, o sea, sientes que la no puedes dejar la persona, sientes que la persona es tu único centro de vida, o sea, no hay nada, nadie más, ni tu familia ni nadie más. (Andrea, estudiante de bibliotecología)

Bueno, vi unos videos muy cortos, tipo de YouTube, que había visto alguna vez. Mi concepto de la dependencia emocional era una persona, pues, que evidentemente —si lo digo en un aspecto muy coloquial— hasta un poco ‘bagre’, un arrastrado, un pisado, una persona que no tenía noción de su amor propio. Era un concepto muy vago; no lo conocía como diagnóstico clínico. [...] Es más, hace un par de años yo pensaba que la dependencia emocional era un concepto coloquial; pensé que no estaba dentro de un diagnóstico. Entonces, mi conocimiento clínico, hasta el punto de hablarlo con la psicóloga, era casi nulo. Y recién este año empecé a conocer más de este tema. (Marco, estudiante de Ciencias Políticas)

En relación a los tests y pruebas utilizadas, el siguiente apartado explora si los profesionales recurrieron a herramientas estandarizadas para concluir con el diagnóstico de dependencia emocional, o si este se construyó principalmente a partir de entrevistas clínicas y narrativas subjetivas. Algunos otros participantes mencionan que su diagnóstico fue evaluado en conjunto con un psiquiatra. En estos casos, el proceso es multidisciplinario, a partir de conversaciones clínicas que complementan el debate entre especialidades:

[...] con los informes previos que se tenía, creo que estoy en lo correcto... La verdad es que yo recuerdo que mencionó algo así, porque cuando yo vi mis resultados, justamente, no eran

de parte de él [su psicólogo], sino de un psiquiatra que yo también había tenido conversaciones con él. Tengo entendido que él no podía diagnosticarme como tal, si no tenía que ser un especialista dentro de bueno[...] entonces volví [al psiquiatra], estuve yendo a citas casi un mes con todo el perfil que ella tenía de parte de mi psicólogo y volví a mi psicólogo, obviamente para poder trabajar este tipo de problemas. Y justamente ahí es donde él me dice que en los resultados había salido el tema de la dependencia emocional, ahora, yo ya, con lo que él me había dicho anteriormente, sí tenía una idea de lo que iba a salir, porque había cosas muy normalizadas, ¿no? (Andrea, 27 años)

Bueno esta vez fue, sí, dibujé, otra vez, porque [...] la mayoría de veces me hacen dibujar. También tuve unos tests, o sea, para que la psicóloga me derivara al psiquiatra hizo, pues, tenía varios tests sobre la ansiedad y todo eso, pero nada más. (Elizabeth, 25 años)

En otro caso se muestra una modalidad particular de devolución diagnóstica en la que la dependencia emocional no aparece como diagnóstico sino dentro de un conjunto de rasgos comprendidos dentro del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), en la que se hace hincapié a la paciente sobre la caracterización del cuadro:

Bueno, en realidad, como tal, cuando contaba, o sea, la dependencia emocional más me la contaban como los síntomas del TLP. Entonces siempre lo abordaban de esa manera, ¿no? Siempre decían como que: “Tú eres más dependiente, tienes miedo al abandono”, ese tipo de cosas. Más era verbalmente que me lo decían como que cuando me explicaban qué incluía el TLP. (Samantha, egresada de la carrera de Periodismo)

Por último, una de las participantes menciona que en su experiencia. Además, se introduce una idea dimensional del diagnóstico psicológico, lo cual sugiere una forma de entender las patologías no como categorías fijas, sino como espectros:

[...] fue en consulta en una reunión de zoom que hacíamos, de forma verbal. Creo que me dio una lista de... como que diagnósticos, pero que estos diagnósticos, en psicología, me dio a entender, no eran “o tienes o no tienes”, era en distintos grados o en porcentajes, algo así. (Sandra, 26 años)

En relación a la necesidad de los participantes de tener mayor información acerca de sus diagnósticos para una mejor comprensión del cuadro, la mayoría manifestó la necesidad de contar con mayor conocimiento en torno a la dependencia emocional. Para varios de ellos, la forma en la que se les comunicó el diagnóstico no fue significativa, sino más bien, poco explicativa, lo que los llevó a buscar activamente información por su cuenta como manera de complementar lo que el espacio clínico les ofrecía.

[El psicólogo] me dijo “Ya habíamos hablado un poco de esto, quiero saber si tienes alguna duda porque vamos a trabajar directamente con estos resultados”, me dijo. Y yo le dije que no, en realidad quería seguir informándome de cómo era la dependencia emocional. (Andrea, 27 años)

En este caso creo que mi terapeuta fue muy rápida en comenzar a perfilar quién era y a trabajar bastante en el presente. [...] Pero su enfoque también tenía que ver con el aquí y ahora. Es decir: ¿qué podemos hacer hoy en este momento? Entonces nos centramos en los pensamientos que hacían que yo actuara como actuaba. Mi experiencia inicial fue como... “¿ya no voy a poder hablar más de mi historia personal?” [...], eso fue una diferencia que no fue mala, pero sí me sacó del sobrepensar, de esa rumiación constante, como le llamo. Entonces eso fue... no impactante, pero sí me dejó una sensación como de ... no incomodidad tampoco, pero decepción, ¿tal vez?. Pero finalmente tampoco fue malo porque solamente no había experimentado otra forma de vivirlo, ¿no? [...] era como un “Trabaja en tu confianza, trabaja en tu confianza”, pero no me explicaba en sí, por qué miérmes se me forma la dependencia de emocional, solo como que me hablaba de cosas muy como presentes...(Samantha, 26 años)

#### **4.1.2 Tema 2: Utilidad del diagnóstico para comprender los síntomas, origen, evolución de la dependencia emocional**

En varios relatos, el diagnóstico aparece como una herramienta que permite leer la propia historia, darle un nombre al malestar y reorganizar una experiencia subjetiva dolorosa. Especialmente es entendida como un punto de partida, es una tarea que habilita la necesidad de resignificación propia y la posibilidad de actuar sobre los vínculos con los otros. Esto queda evidenciado en los siguientes testimonios, al preguntar acerca de la utilidad del diagnóstico a las siguientes participantes, las cuales indican:

Para mí, fue [...] concordar con lo que ya sospechaba y la corroboración fue como decirme, tengo que hacer algo, no me puedo quedar con las manos cruzadas ni seguir en ese hoyo, [...] fue como decir tengo que parar esto, no puedo vivir intranquila todo el rato, no puedo vivir cuestionándome cosas que no dependen de mí ni que tienen que ver conmigo al 100%, simplemente tienes que empezar a trabajar eso, entonces fue eso creo yo fue como la corroboración que necesitaba para poder ya redireccionar ese camino. (Julia, 24 años)

Por su parte, Micaela comenta:

[...] entendí el punto de inicio en mí, [...] entendía el porqué, por qué yo era así, y fue a partir, pues, de algo que yo había pasado hace mucho tiempo. Me dijeron que yo tenía este... una herida de abandono, y era eso [...]. Me sentí identificada. Con esa información, yo siento que he podido llegar a la conclusión de que necesitaba ayuda. Me llegué a dar cuenta de [...] las

cosas que yo fui capaz de hacer para que una persona no me dejara, las cosas que yo pude aguantar para que esa persona no me dejara ni se fuera de mi lado. Entonces, pues, sí tenía sentido, ¿no? Yo estaba queriendo salir de una situación, entonces, al obtener el diagnóstico, también me dio un motivo, ¿no? O sea, o tal vez una tarea que yo debería hacer, que era mejorar en ese aspecto. Entonces no lo tomé como que: Ay, ya, se me cae el mundo encima, no, no, no me produjo ningún tipo de ansiedad ni nada así. Yo dije: pues, es más algo que yo debo de arreglar, ¿no? (Elizabeth, 25 años)

Para Micaela, el diagnóstico —en este caso de TLP, dentro del cual se inscribe la dependencia emocional como una característica central— le permitió darle sentido a la historia de violencia que había acontecido en su vida, relacionando su línea familiar con un diagnóstico heredable y transmisible, tanto genéticamente como a través del trauma.

[...] y me dijo que tenía TLP. Desde ahí como que todo ha tenido más sentido. Como que el diagnóstico me hizo ver por qué hacía ciertas cosas y también qué cosas tenía que cambiar. [...] se me vino a la mente un caso, mi abuela fue muy abusiva. En realidad, yo creo que ese fue el trauma que me llevó a tener TLP, aparte de la predisposición genética. Ese fue mi trauma de la infancia; mi abuela. Mi abuela insultaba todos los días, gritaba todos los días, empujaba a mi abuelo, le decía... Eran gritos e insultos constantes, todos los días. Y viéndolo ahora desde una perspectiva, eso no es normal, ¿psicológicamente qué pudo haber tenido ella? (Micaela, 4 años en terapia)

Por otra parte, para Andrea, el diagnóstico le permitió ponerle un nombre a su experiencia y poder compartirla con su pareja para generar comprensión y empatía, hacerle saber que su síntoma tenía una historia:

[...] yo volví a recaer, pasó este tema del abuso físico y ahí yo me di cuenta que no podía estar con absolutamente nadie sin que yo esté bien. Con la actual, el diagnóstico de dependencia para que me entienda, yo siento que era para que él me entienda, porque una persona no llega así de la nada, tiene que haber pasado un proceso y él sabe, yo tuve la confianza de contarle a él mi proceso de contarle todo lo que había pasado. Todo lo que había pasado para llegar a este punto, entonces claro, me sirvió para tenerlo como antecedente, para que la persona me entienda. (Andrea, 3 años en terapia)

Así también, otros participantes señalan que el diagnóstico les abrió la posibilidad de comprender el origen de su malestar, ubicándolo en una problemática de base vinculada a la autoestima y a la forma en que se perciben a sí mismos. Desde esta lectura, la solución se plantea en términos de reconstrucción del amor propio, la autovaloración y el cuidado de sí:

Ah, bueno, (el psicólogo) me dijo que básicamente era porque tenía baja autoestima. Lo que pasa es que, básicamente, es la necesidad en base a aprobación y validación. Entonces me

dijo que era porque obviamente tenía baja autoestima, y creo que eso pasaba mucho en la relación, porque me sentía insegura. [...] siento que estoy activamente tratando de mejorar los pensamientos y el vocabulario que uso conmigo. (Julia, llevó 6 sesiones de terapia)

[...] mis padres se la pasaban trabajando o sea si bien ciertos momentos sí los veía o por ahí hacíamos algunos viajes, pero normalmente no estaban en esas épocas o situaciones o actuaciones en el colegio donde uno hubiese querido que ellos estén, algo así. [...] después de enterarme de esto empecé como que a seguir más... no sé, en redes sociales, ya sea imágenes con ciertas frases o personas hablando sobre la autoestima. Sí me ayudó a reforzar mi amor propio, en realidad. Sí, eso es 100% real. Me ayudó a reforzar mi amor propio, en cómo me veo a mí misma, en cómo me hablo a mí misma... o sea, a veces es complicado cambiar nuestra... la conversación que tenemos con nosotros mismos, pero sí, me ha ayudado a mejorar conmigo misma, a preocuparme con mis cosas, a... como quien dice, ser mi propia salvadora. Porque si yo no estoy bien, no voy a poder estar bien con el resto, y eso de verdad lo entendí. Fue complicado, pero sí lo entendí. (Sandra, 5 meses en terapia)

En definitiva, sí. Sí cambiaron cosas de mí, de mí mismo, porque antes yo pensaba que era un factor en donde siempre se aprovechaban de mí de alguna manera o el valor que merecía en cierto grado no lo hacía valer, digamos, como también porque en el fondo sentía que no lo valía. Entonces que quizás tenía esa incomprensión del porqué y me sentía mal, me frustraba conmigo mismo y después de eso, cuando me di cuenta de que, okey, tengo esto y puedo tratarlo, puedo avanzar eso y mejorarlo, obviamente me ayudó, para mí fue algo que modifiqué de mí y va de la mano con empezar a valorarme a mí mismo o apreciarme (Marco, Estudiante de Ciencias Políticas).

#### **4.2 Categoría 2: Posicionamiento subjetivo frente al diagnóstico clínico**

En este segmento se exploran en profundidad las reacciones, percepciones y posicionamientos adoptados por los entrevistados frente al diagnóstico clínico recibido. El objetivo principal es comprender cómo fue vivida y significada la instancia diagnóstica: si fue aceptada sin mayor cuestionamiento, puesta en duda, negada críticamente o incluso rechazada de manera abierta. Esta indagación permite captar no solo la respuesta inmediata ante el diagnóstico, sino también los matices emocionales, cognitivos y simbólicos que acompañan ese momento.

Al mismo tiempo, se busca acoger y dar lugar a la diversidad de experiencias subjetivas que varían y oscilan dentro de este espectro, reconociendo que la recepción de un diagnóstico puede estar atravesada por sentimientos encontrados, resistencias, resignificaciones y procesos de adaptación. Se asume, por tanto, que esta categoría

diagnóstica no es vivida de forma homogénea, sino que puede adquirir múltiples sentidos según el contexto personal, relacional y terapéutico en que se inscriba.

#### 4.2.1 Tema 1: Reacción ante el diagnóstico:

Las respuestas iniciales frente a la instancia diagnóstica fueron variadas, evidenciando distintas formas de impacto emocional y de elaboración subjetiva. En el caso de Sofía, por ejemplo, ella relata cómo su propio proceso de autodiagnóstico coincidió con lo que ya venía sospechando sobre su malestar, lo que generó una cierta validación de su experiencia previa.

Bueno, yo de alguna forma, creo que ya lo sospechaba, ¿sabes? De alguna forma, creo, si bien reconozco el trabajo que ella hizo, yo obviamente ya tenía mis antecedentes, (...) Claro, fue como corroborar algo que yo ya sentía, fue como decir, bueno, no estaba tan mal mi diagnóstico personal, quizás.

En algunos casos, el diagnóstico generó un profundo impacto emocional, despertando sentimientos de angustia, preocupación y desconcierto, ya que los confrontó con aspectos de sí mismos difíciles de aceptar así como también con tareas que implicaban transformaciones en sus vínculos de pareja:

Me puse a llorar, me acuerdo, porque no pensé que era algo tan grave. No pensé que, de verdad, en su momento yo dependiera emocionalmente de alguien, de que si la persona estaba bien, yo estaba bien; si estaba mal, yo estaba mal. Era muy empática en ese tiempo, pero una empatía... una empatía ya extrema. No, no, no sé el término correcto, pero yo lo veía como una empatía muy extrema, de que si la persona está bien, o si la persona está mal, era totalmente horrible. Y no solamente con esa persona, sino que también tenía rasgos con mis amigos de dependencia emocional. [...] Yo decía: ¿cómo un amor tan bonito puede ser tan enfermizo? Esa era mi preocupación. Y yo lloré porque no sabía cómo salir de eso, porque no sentía que había otra persona en el mundo que me entendiera, aparte de él. Y cómo podía despegarme de esa persona, ¿no? Sí, así fue. (Andrea, 3 años en terapia)

En esta misma línea, Roxana, complementa:

O sea la dependencia como tal, creo que fue un poco... fue validante, como una sesión de, 'ah, bueno'. Creo que me sentí respaldada, porque pensé que venía de una persona a mí misma, mi mirada, como "qué desquiciada, no te puedes controlar". En un momento sí sentí cierto alivio, pero también creo que la incertidumbre partió del qué me toca hacer o sea realmente voy a poder como superar esto [...] para mí, admitir que tenía que ver con dependencia emocional también era una forma como de desvalorizar mi relación y como era tan delicado para mí, yo no quería afrontarlo de esa forma. Entonces entender de alguna forma que tenía un lugar o que al menos tenía un nombre fue como, bueno... pero entendí

que tenía un trabajo fuerte entonces fue, en términos de emoción, creería, como de calma por un lado, pero también de incertidumbre como de angustia también de lo que iba a venir para poder aprender a manejarlo. (Roxana, 27 años)

Por otra parte, se identifican reacciones marcadas por una profunda vulnerabilidad en el sentido de sí y un intenso conflicto interno, atravesadas por sentimientos de derrota, vergüenza, frustración y, en el caso de Julia, también culpa y autocrítica. Estas vivencias conllevan, en algunos casos, una resistencia tanto al diagnóstico como al proceso terapéutico. A modo de ejemplo, las siguientes citas lo ilustran con claridad:

Me sentí totalmente decaída, derrotada. Porque leer inicialmente que, hace años, los psiquiatras o los psicólogos ni siquiera querían recibir a personas con TLP [...] Esa fue mi reacción. Básicamente, me sentí derrotada. (Micaela, 4 años en terapia)

Personalmente, en mi caso, yo siempre he sido una persona muy independiente entonces. Que me hayan dicho dependiente si me dió en lo profundo [...] Me sentí como frustrada, porque... o sea, si bien yo ya sabía que estaba teniendo como un vínculo un poco tóxico, no estaba preparada para que me dijeran “dependiente”, porque sí, lo sentí feo. O sea, sentí como: ¿cómo puede haber pasado?, o sea, ¿cómo puedo estar basando mi vida en alguien? Entonces me sentí frustrada porque dije “pucha, si tuviera un poco más de autoestima, esto no estaría pasando”, o sea, no tendría por qué pasar. Y no tendría por qué estar buscando la aprobación de alguien, no tendría por qué estar amoldándome a otra persona. Yo tendría que estar viviendo mi individualidad, y así estaría mejor. Entonces sí, sentí frustración, me sentí molesta. Y por eso es que también dejé de ir, porque dije “ah, bueno”. Eso, porque aparte la psicóloga era un poco... o sea, sí, sentí, como te digo, que me quería patologizar un toque un poco, y yo no quería hablar de algunos temas. (Julia, 24 años)

Yo me sentí bastante avergonzada, pero más que nada porque el día que estaba yo malita, emocionalmente, entonces esto iba a perjudicar mi relación, como que me sentí avergonzada. (Samantha, 24 años)

#### **4.2.2 Tema 2: Grados de adhesión o resistencia frente al reconocimiento del diagnóstico.**

En este segundo tema se abordan las diversas formas en que los participantes se posicionaron frente al diagnóstico recibido, considerando tanto las adhesiones como las resistencias, dudas o rechazos que surgieron a partir de su reconocimiento. Se

identificaron posiciones de adhesión al diagnóstico, en donde se incorporó rápidamente como una explicación coherente al malestar, por ejemplo, mencionan, Elizabeth y Roxana:

Mmm, bueno, me llegué a dar cuenta de las mismas cosas que yo te estoy comentando, las cosas que yo fui capaz de hacer para que una persona no me dejara las cosas que yo pude aguantar para que esa persona no me dejara ni se fuera de mi lado. Entonces, pues sí, tenía sentido, ¿no? (Elizabeth, 25 años)

Y creo que ahí hubo más lugar para no tener problema finalmente en aceptar que era una situación, una condición, que no estaba eligiendo yo, sino que vino conmigo por diferentes razones y en las que estaba trabajando, ¿no? Eso sí cambió bastante. (Roxana, 27 años)

En contraste, algunos testimonios revelan respuestas emocionalmente conflictivas y marcadas por la duda frente al diagnóstico, el cual es cuestionado por diversos motivos. Entre ellos, se encuentran su asociación con rasgos como la empatía — lo que genera confusión sobre su carácter patológico—, su vinculación con algo "enfermizo", e incluso el modo en que fue transmitido por la figura del psicólogo o psicóloga, lo que afectó la recepción y validez que se le otorgó:

No pensé que de verdad en su momento yo dependiera emocionalmente de alguien, de que si la persona estaba bien yo estaba bien, si estaba mal, yo estaba mal, era muy empática en ese tiempo, pero una empatía... una empatía ya extrema. No, no, no, no, no sé el término correcto, pero yo lo veía como una empatía muy extrema, de que si la persona está bien, la persona está mal, era totalmente horrible y no solamente con esa persona, sino que también tenía rasgos, con mis amigos, de dependencia emocional (Andrea, 27 años).

Es como saber que lo tienes, es saber qué pasa, pero al mismo tiempo no querer verlo. Omitir ese aspecto y seguir con normalidad, porque cuando yo supe mi diagnóstico, no se lo dije a mi pareja, no se lo dije hasta después de terminar con él, cuando recién supo que yo tenía dependencia emocional. (Roxana, 27 años).

Finalmente, se presentan formas explícitas de resistencia o desacuerdo donde el diagnóstico es desestimado o relativizado:

[La] dependencia emocional salió en un momento y yo dije: "Discrepo", y no se volvió a tocar más el tema. [...] En ese momento, lo que yo conocía de dependencia emocional era algo más enfermizo, como que alguien te maltrate y que tú sigas ahí, una cosa así. Entonces, este no es el caso. O sea, acá no hay un tema —y se lo dije, recuerdo—, no es como que tenga

un tema, una relación con él o algo similar, le digo, sino que simplemente es como... que él de la nada desaparece. (Micaela, 27 años).

En el siguiente caso, la entrevistada vivió la intervención del terapeuta como una interpretación que "etiquetaba" o encuadraba su experiencia dolorosa en una categoría que a ella no le parecía adecuada, por lo tanto, no se configuró como un diagnóstico en sentido clínico, sino como una observación al pasar, lo que la lleva a no incorporarlo como parte de su identidad o problema central:

O sea, no sé si es que algo ha cambiado o sea y tampoco es como nadie me dijo "esto es un diagnóstico, te estoy diagnosticando con dependencia emocional", no fue así tal cual entonces, no es como que en mi mente se haya quedado de esa manera, simplemente es como algo más anecdótico que algún terapeuta me dijo. (Andrea, 27 años)

Por último, algunas formas de rechazo se dirigen no tanto al contenido del diagnóstico, sino al dispositivo clínico, a la figura del psicólogo y a la devolución de sus resultados. Así lo plantea una entrevistada al relatar su incomodidad ante un abordaje diagnóstico percibido como frío y mecanizado:

Pero el psicólogo del SIS<sup>2</sup> era muy, muy frío. Y al momento de entrar, o sea, la primera sesión ya me estaba haciendo un test de ansiedad, depresión y así. Y no me sentía muy cómoda con eso porque era como "no, yo no quiero que te bases en eso para poder hablar conmigo", o sea, yo primero quiero que hablemos y en base a eso me digas si es necesario una prueba o no, o si puedes diagnosticarme quizás de otra forma, como más placentera. Porque sí sentí que fue como meterme un test para saber qué tenía. No me parecía muy justo. Quería que primero me entrevistaran a mí e hicieran un background y más. Y en base a eso decirme "puedes tener esto y esto, vamos a evaluarlo". (Julia, 24 años)

### **4.3 Categoría 3: Transformaciones identitarias a partir del diagnóstico clínico**

En esta sección se analizan los efectos subjetivos que genera el diagnóstico clínico en quienes lo reciben, prestando especial atención a cómo este influye en la manera en que las personas se perciben a sí mismas y elaboran sus experiencias. El foco está puesto en dos grandes líneas temáticas que permiten profundizar en las transformaciones personales que pueden producirse a partir de esta vivencia. Primero, se abordan los cambios en la percepción de sí mismos, incluyendo aspectos como la autoestima, el autoconcepto y la identidad. Aquí se examina cómo el diagnóstico puede afectar la forma en que los participantes se definen, se valoran y se relacionan consigo

---

<sup>2</sup> Sistema Integral de Salud

mismos. Este análisis permite visibilizar tanto las posibles fracturas en la imagen personal como las oportunidades de reconstrucción subjetiva que pueden emerger tras la identificación clínica de su malestar.

En segundo lugar, se analizan los procesos de resignificación personal que surgen a partir de experiencias de dependencia afectiva. Este eje permite comprender cómo las vivencias relacionales, especialmente aquellas marcadas por vínculos desestabilizantes o asimétricos, son revisitadas a la luz del diagnóstico. Se explora cómo, en algunos casos, esta resignificación permite a las personas reelaborar su historia emocional y vincular, y comenzar a construir nuevas narrativas sobre su valor, sus límites y sus necesidades afectivas.

#### **4.3.1 Tema 1: Cambios en la percepción de sí mismo, autoestima, autoconcepto e identidad**

Los aspectos hallados en relación a cómo incide el diagnóstico en la identidad y la opinión que un sujeto tiene de sí mismo en relación a su propio valor, difiere en cada participante, por ejemplo, al preguntarle a Andrea cómo se veía o pensaba antes y si consideraba seguir siendo la misma persona luego del diagnóstico, responde:

No, definitivamente no soy la misma persona, pero no cambió la idea porque yo no tenía una concepción de mí misma, recién la empecé a formar en base al diagnóstico, o sea, por primera vez dije, “ah, esto es mío”. Yo tengo esto, yo tengo esta dependencia, yo tengo esta depresión, entonces es algo mío. Es algo que yo tengo que manejar porque es mío, son mis problemas, por fin me estaba conociendo un poco más, ese fue un cambio para mí, me pude conocer.  
(Andrea, 27 años)

En ese fragmento leemos que, para Andrea, el diagnóstico ha sido un acontecimiento importante que le ha permitido por primera vez generar un concepto propio, en ese sentido acoge para sí misma los diagnósticos y los integra para dar sentido a su identidad y experiencia.

Marco menciona que, a partir del conocimiento del diagnóstico, logró comprender su problemática desde factores psicológicos, otorgándole sentido a las experiencias negativas vividas con sus pares. Este nuevo marco interpretativo le permitió reformular su narrativa personal, identificando que la raíz del conflicto estaba en su autovaloración. A partir de ello, comenzó a implementar cambios orientados a mejorar su autoestima:

En definitiva, sí, sí cambió algo de mí mismo, porque antes yo pensaba que era un factor en donde siempre se aprovechaban de mí de alguna manera o el valor que merecía en cierto grado no lo hacía valer, digamos, como también porque en el fondo sentía que no lo valía. Entonces que quizás tenía esa incomprensión de por qué y me sentía mal, me frustraba conmigo mismo y después de eso, cuando me di cuenta de que tengo esto y puedo tratarlo, puedo avanzar eso y mejorarlo, obviamente me ayudó, para mí fue algo que modifiqué de mí y va de la mano con empezar a valorarme a mí mismo o apreciarme (...) (Marco, 29 años)

Por otra parte, el diagnóstico interpeló de forma particular a Roxana, ya que, siendo psicóloga, se puso en tensión su identidad laboral y su vivencia subjetiva del malestar. Esta experiencia la llevó a cuestionar sus propias capacidades en el ejercicio clínico, despertando así, representaciones estigmatizantes sobre la figura del terapeuta y su relación con la salud mental:

Me explicó como a grandes rasgos también mi tipo de apego desde la infancia y cómo eso puedo influir mucho en lo que yo esperaba de mis relaciones. Como dije, mi perfil de personalidad y como este me colocaba en una posición un poco más pasiva, como víctima, entonces sí, fue este conjunto de... fue un montón de información [...] Entonces viví en esa constante contradicción también por el sesgo de además ser parte de la carrera, (pensaba) cómo no vas a poder aprender a subsistir?, pero también era wow o sea me sentía un poco limitada. [...] me daba mucha vergüenza, sobre todo por [...] el prejuicio de ser psicóloga y tener dependencia emocional [...] todavía no terminaba la carrera, decía: “¿cómo voy a poder ayudar a los demás con temas parecidos si estoy en una situación muy parecida?” (Roxana, egresada de la carrera de Psicología)

En los siguientes casos, el diagnóstico provocó sentimientos de angustia y molestia, además de un fuerte impacto en la autovaloración y en la imagen personal, especialmente en lo que respecta a las relaciones afectivas. En el siguiente caso, se expresa cómo la etiqueta diagnóstica afectó su percepción de deseabilidad y autoestima, al asociar el TLP con la imposibilidad de construir vínculos amorosos saludables:

(Leer que los psicólogos) no querían tratarlas... leer que soy una persona problemática, que no puede mantener una relación amorosa sana, leer todas esas cosas en ese momento... como que estaba “loca”. Para mí es muy importante las relaciones amorosas por que es una de mis principales motivaciones. No tanto tener una familia, pero sí casarme. Entonces en ese momento sentí: ¿Quién va a querer casarse conmigo si tengo TLP? Sentí que nadie quería estar conmigo si les digo mi diagnóstico, sentí que tenía la obligación de contarle mi diagnóstico a cada persona que conocía, para que se vaya haciendo la idea de que yo tenía TLP y que como que estaba “loca”. (Micaela, Bachiller en Administración de empresas)

Samantha manifiesta un sentimiento de vergüenza hacia sí misma, junto con la falta de claridad sobre lo que realmente le ocurre, lo que la sitúa en un espacio de confusión y vulnerabilidad respecto a su identidad. Esta incertidumbre, combinada con la autocrítica, genera en ella una sensación de soledad durante su proceso de comprenderse a sí misma:

Yo me sentí bastante avergonzada, pero más que nada porque sentía que estaba yo malita emocionalmente, entonces esto iba a perjudicar mi relación, como que me sentí avergonzada [...] porque no puedo construir algo sano, fue un como que: chucha, no soy lo suficientemente buena para él porque estoy malita, no puedo construir algo sano porque yo no estoy sana, eso fue más lo que yo sentí. [...] Porque eso como que es humillante, que te dejen por una condición mental. O a mí, yo lo siento así. O sea, a mí como que se me hace feo, porque es como que... no sé, porque no... no me ve solo por eso, pero a veces sí. Y yo siento que, o sea, muy en el fondo, siento que yo tengo otra cosita. O sea, no... no sé qué sea, porque no estoy diagnosticándome, no me quiero autodiagnosticar tampoco. Pero siento que... es que no es... no sé. Que tengo algo que quizá no estoy tratando. Que estoy tratando solita. (Samantha, 2 sesiones en terapia)

Por último, en la narración de Julia, su autopercepción se ve afectada negativamente, despertando autocrítica y un sentimiento de autocastigo por comportamientos que reconoce como dependientes, lo que provoca una sensación de torpeza y vulnerabilidad que percibe como negativa:

Entonces, que a mí me dijeran “dependiente”, sí, sí me chocó. La verdad es que después de que me dijeron eso, yo me sentí como una persona frágil, vulnerable. Y eso me hizo sentir peor. Porque dije: “¿cómo puedo ser tan vulnerable de estar corriendo tras una persona y estar modificando las cosas que hago por una persona?”. Me di cuenta de que me estaba autocastigando, esa es la palabra. Me sentía como muy... voy a ser sincera: me sentía como muy tonta. Yo sé que no es ser tonta, pero me sentía tonta. Y me sentía vulnerable, pero vulnerable en un sentido negativo. Porque no puedo estar basando mi vida en otra persona. Siempre repito lo mismo, lo de “no basar mi vida en otra persona”, pero es que eso era lo que estaba haciendo. Y me sentía tonta, pues. Esa era la verdadera palabra. (Julia, egresada de la carrera de psicología)

#### **4.3.2 Tema 2: Procesos de resignificación personal ante una experiencia de dependencia afectiva**

Este apartado aborda el proceso mediante el cual los participantes, al recibir un diagnóstico clínico, toman conciencia de su experiencia emocional y comienzan una transformación subjetiva. En el espacio terapéutico, reinterpretan el diagnóstico, resignificando su vivencia y abriendo paso a nuevas formas de comprenderse a sí mismos. Este proceso es complejo, no lineal, y puede implicar tanto resistencias como avances en la construcción de nuevas narrativas personales. En el espacio terapéutico, resignifican su vivencia: es decir, le otorgan un nuevo sentido para sí mismos a partir del diagnóstico. A través del relato de quienes participaron, se observa cómo el espacio terapéutico puede convertirse en un lugar donde el sufrimiento deja de estar atravesado exclusivamente por la culpa o la vergüenza, y comienza a pensarse como parte de un proceso que tiene sentido y contexto. En este sentido, la experiencia diagnóstica deja de ser una etiqueta estática para convertirse en una herramienta de autoconocimiento. Como expresa una participante:

Creo que en terapia cambió más el tema de mi flexibilidad con la dependencia. Como dije, en un momento entender que también era parte de mí en ese momento... pero desde un enfoque más sano. Me daba mucha vergüenza, sobre todo por el prejuicio de ser psicóloga y tener dependencia emocional... Pero... entendí que era una situación, una condición, que no estaba eligiendo yo... Eso sí cambió bastante. (Roxana, 27 años)

En otro caso, la resignificación surge de la confrontación con las consecuencias que el padecimiento tiene en la vida cotidiana. Lo que inicialmente era minimizado o negado, se revela luego como una experiencia que afecta en gran medida la estabilidad emocional:

Lo que cambió fue que, antes creía que la dependencia emocional no era tan grave (pero) realmente es algo que puede dañar tu vida de una manera a un punto bastante grave... o sea, que puede voltear tu mundo de cabeza de un día para otro. Ya no estás tranquilo nunca. (Marco, 29 años)

Otros relatos muestran que, en algunos casos, esta resignificación implica pasar de una visión inicial marcada por la negación, la minimización o la vergüenza, a una comprensión más crítica y matizada que reconoce la complejidad de la experiencia y su impacto en su vida emocional y relacional. La aceptación del diagnóstico no significa necesariamente conformidad, sino la posibilidad de mirarse con mayor profundidad, desarmando las representaciones previas —muchas veces construidas desde estigmas

sociales o expectativas idealizadas— sobre lo que se considera “normal”, “sano” o “válido” emocionalmente.

Creo que no me daba mucha ansiedad pensar en cómo lo iba a resolver a futuro. Sino que me daba ansiedad la situación en sí, de decir: “¿por qué no soy suficiente?”. Creo que no era tanto “¿cómo voy a resolverlo?”, porque lo malo en mi cabeza fue que yo lo mimicé. Dije “no es tan grave” y por eso dejé de ir [a terapia]. Aparte que no me gustaba que me patologizaran. (Julia, llevó un proceso psicológico de orientación cognitivo conductual)

por eso porque estoy... porque no puedo como que... no sé, construir algo como que sano, fue un como que chucha, no soy lo suficientemente buena para él porque estoy malita. (Samantha, 24 años)

#### **4.4 Categoría 4: Modificaciones del diagnóstico en la disposición vincular e ideales afectivos.**

Esta categoría analiza cómo el diagnóstico clínico genera cambios en la manera en que las participantes se vinculan afectivamente, modificando sus ideales sobre el amor, sus representaciones de las relaciones y la forma en que establecen límites. Se examinan las transformaciones tanto en sus creencias y expectativas afectivas como en sus comportamientos relacionales y actitudes frente a la terapia. Estos elementos permiten comprender cómo el proceso clínico no solo incide en el plano individual, sino también en las prácticas relacionales y afectivas de los participantes.

Los temas que se abordan son: primero, los cambios en los ideales de vinculación afectiva y en las representaciones sobre el amor; segundo, las modificaciones y aprendizajes derivados del diagnóstico para establecer relaciones afectivas presentes y futuras; tercero, los cambios en la disposición actitudinal para vincularse desde una perspectiva más autónoma y consciente; y cuarto, la disposición para cumplir recomendaciones terapéuticas y la actitud ante las devoluciones recibidas por parte del psicólogo.

##### **4.4.1 Tema 1: Cambios en los ideales de vinculación afectiva y representaciones acerca del amor**

En algunos casos, tras la experiencia afectiva y el diagnóstico, se vuelve central la necesidad de priorizar el autocuidado y establecer condiciones emocionales más saludables antes de volver a vincularse. Esta toma de conciencia da lugar a nuevos

criterios para relacionarse, donde se valoran la tranquilidad, la estabilidad y la preparación personal como condiciones previas a un vínculo amoroso, así como en los siguientes casos:

Ahora tengo literalmente una lista de cosas que la persona con la que esté sí o sí tiene que cumplir. Porque si no, no puedo estar tranquila. Es un tema de tranquilidad. Porque yo, como tengo ansiedad, para mí lo que más valoro es la calma. La tranquilidad. Hasta la monotonía, podrías decirlo. Me gusta una vida tranquila, calmada, sin adrenalina. Y mis estándares están basados en eso. (Camila, llevó terapia psiquiátrica y psicológica de orientación cognitiva conductual)

[...] no siento que ahorita pueda entrar otra relación porque siento que no estoy lista yo, en la relación me ha dejado algunas cosas que no son correctas y yo quiero, pues, ser alguien buena para otra persona buena. (Elizabeth, en pareja actualmente)

Otras participantes dan cuenta de una revisión profunda de las creencias que sostenían sobre el amor, especialmente aquellas vinculadas al sacrificio incondicional, la entrega absoluta o la necesidad de un sacrificio personal. A partir de experiencias dolorosas o límites vivenciales, resignifican estas ideas, promoviendo concepciones más recíprocas, conscientes y basadas en el respeto mutuo, no solamente en pareja sino extrapolado a, en general, sus relaciones interpersonales:

Yo tenía una concepción de amor romántico muy fea, o sea, muy tergiversada. Yo pensé que el amor romántico, esa persona que daba todo por todo, o sea, así te hicieran daño, te lastimaran una y otra, y otra vez, tú tenías que estar ahí, ahí. [...] Entonces, todo lo que me pasó me ayudó a poner muchos límites en mi perspectiva del amor romántico, ese amor que daba todo por el todo y que aguantaba todo lo que aguanta, no, o sea, ya no. Era como: yo no quiero más eso, no quiero aguantar nada de nadie, ni sea de mi amigo o de mi pareja, nadie; solamente aguantar mis cosas, mis problemas y lo que a mí me pase directamente como persona [...] respeto, nada más que respeto. Respetar a tu pareja, respetar su decisión, respetar sus espacios, respetar sus tiempos y respetarla a ella como persona porque al fin y al cabo es una persona, esa es mi concepción ahora [...] un equipo que trabaja junto y que se complementa de esa forma. (Andrea, estudiante de Bibliotecología)

[...] tenía una expectativa también un poco más real y flexible, lo que dolía era la expectativa alta, ¿no? Como muy romántica de cómo tenía que ser la relación, cómo tenía que ser el hombre de mi vida. Y fue difícil, porque yo antes juraba que era extremadamente comprensiva, pero no era tanto. Entonces quitarle un poco también el peso a la otra persona, de hacer todo lo que yo supuestamente quería, ¿no? Y que iba más en relación al soporte afectivo, porque por ahí iba más lo que yo necesité. Ahora ya es una mirada distinta, ¿no? De: 'yo te puedo decir que estoy triste, tú harás lo posible para ayudarme, pero yo también

tengo que hacer algo para ayudarme.' Entonces en ese sentido, creo que hay mucho más trabajo en colaboración de ambos, y de mí misma. (Roxana, en pareja actualmente)

En algunos casos, se observa cómo ciertas creencias socialmente compartidas sobre el amor y los roles de género continúan influyendo en la experiencia afectiva de las participantes. Esto genera tensiones internas, ambivalencias y conflictos persistentes frente al cierre de vínculos o la dificultad de resignificar ciertas experiencias, incluso cuando otras relaciones ya han finalizado:

No sé si me dejé influenciar un poco por estas frases sobre que una pareja... no sé, que a veces en una relación el varón debe estar más enamorado que una mujer, porque a veces nosotras lo entregamos todo, y bueno, creo que por ahí sí... distorsioné un poco, no sabría decirte exactamente, porque después de esa relación larga, si bien es cierto sí he salido con personas, pero es como que... la última, el último saliente que tuve fue... creo que hasta ahora no puedo olvidarlo. A mi ex ya lo olvidé, pero a él no. Yo me digo: "OK, ¿qué está pasando?", pero sí, es un conflicto. (Marco, 29 años)

#### **4.4.2 Tema 2: Modificaciones y aprendizajes a partir del diagnóstico para establecer relaciones afectivas actuales y futuras**

Varios participantes expresan un cambio en su disposición a poner límites claros y proteger su bienestar emocional, incluso cuando esto implique cortar vínculos o modificar dinámicas. Este aprendizaje aparece como resultado de haber tolerado anteriormente situaciones que afectaron su estabilidad o autoestima. Las participantes enfatizan el proceso de reconexión consigo mismas, con sus intereses y autonomía, como un aspecto esencial para establecer relaciones menos dependientes. Este trabajo implica también una revisión de sus dinámicas anteriores y el desarrollo de estrategias personales para sentirse plenas por fuera del vínculo

[...] mis límites estaban mucho más seguros de alguna forma. Entendía que no quería ciertas cosas, (lo que hice fue) comenzar a organizar un poco más mi día, porque mucha de la dependencia estaba relacionada a que yo no podía encontrar formas de sentirme bien y divertirme o hacer cosas por mí misma [...] entonces empezamos a hacer listas de lo que yo disfrutaba, de lo que me gustaba hacer antes de él, o incluso cosas que hacía con él, pero que necesitaba resignificarlas para que las haga yo solita. [...] Y ahora ya es una mirada distinta, ¿no? De: 'yo te puedo decir que estoy triste, tú harás lo posible para ayudarme, pero yo también tengo que hacer algo para ayudarme. (Roxana, 27 años)

Por ejemplo, me pasó fue que salí con un chico y de ahí no me respondió en 3 días a pesar de que yo le preguntaba, yo estaba preocupada porque pensé que le podía haber pasado algo. Finalmente me respondió, y me dijo algo como que: “no, es que estaba pensando”. Entonces yo le dije: “Te toma 30 segundos escribirme: ‘Oye Camila, estoy pensando, por favor, no te preocupes’ o lo que sea. No te toma más de un minuto, literalmente. Eso es algo que definitivamente ya no quiero. [...] Y entonces le dije: “Voy a aplicar lo mismo que yo te dije. Porque esta actitud me está dañando y yo no quiero eso en mi vida”. Lo llegué a bloquear y lo bloqueé. (Camila, lleva terapia desde los 12 años)

Algunas participantes identifican como un aprendizaje central la necesidad de hablar más abiertamente sobre lo que sienten, en vez de asumir o suprimir lo que les incomoda. Esto aparece como una estrategia para prevenir conflictos y construir relaciones más transparentes.

Yo antes no decía las cosas porque tenía miedo de que me dejaran. Si esto no me gusta, si esto me incomoda... tenía miedo de que se incomodara y me dejara. Pero yo se lo comenté, y él me dijo: “Bueno, a mí sí me gusta que la gente se exprese, que se comunique. Y si tú no me comunicas que algo te molesta o te incomoda, ¿cómo voy a mejorar dentro de la relación?”. (Julia, en pareja actualmente)

Bueno, he considerado el tema de conversar más las cosas, no suponer. Que a veces uno se choca contra eso, el tema de suponer... ¿qué más? Esto de... y si alguien me ha hecho dar cuenta, como que no, es algo que yo no he compartido mucho, pero sí. Ese tema de conversar, de tratar de conversar, porque a veces es un poco difícil para mí. Me encierro en un “ok”. (Sandra, en pareja actualmente)

En otros relatos, se observa un proceso de reconfiguración personal en torno a sus relaciones afectivas, sus prioridades vitales y la vivencia del miedo. Lejos de anclarse en discursos románticos tradicionales, muchas de ellas expresan un enfoque más consciente, autónomo y realista frente a los vínculos, donde el temor a la pérdida o al fracaso amoroso se resignifica.

[...] a nivel de pareja me tomo las cosas mucho más con calma, en realidad no me apuro, no me no me nace en este momento el vínculo emocional, sobre todo porque quizás este he tratado de pasar la página y enfocarme en metas propias y que la persona que se congenie con esas metas, mas no cambiar mi vida por esa persona [...] ahora es como que quiero saber cómo voy y ojalá que vaya bien esta relación, me da un poco de miedo porque no quisiera pasar por lo mismo, pero miedo es distinto, es que no sé si catalogarlo como miedo o como una especie de pequeña ansiedad dentro mío que es como que ()

escribas a una persona, considerando que ya las he moldeado hacia a lo que yo quería.  
(Marco, 29 años)

Asimismo, Andrea, añade:

Ah, bueno, sí, sí, sí, y ante sí, bueno, era más caprichosa también. Soy, soy menos trato de ser menos ahora y trato de ser menos depresiva también, aunque a veces no me sale. [...] Temores así... muchos tal vez, con él no sé si necesariamente, por ejemplo, yo hoy en día no pienso tanto el hecho de que nos vamos a separar, pero bueno, si nos separamos yo sé que la relación funcionó, fui feliz, como que me concentro en eso [...] la vida sigue [...] siento que aprendería que no son el fin del mundo, no es la muerte de nadie, no me voy a morir por estar sola de nuevo. (Andrea, llevó terapia cognitivo conductual)

#### **4.4.3 Tema 3: Cambios en la disposición actitudinal para establecer relaciones afectivas a partir del diagnóstico**

Los participantes describen una transformación en sus patrones vinculares, así como una actitud centrada en el resguardo emocional como reacción a experiencias previas de dolor, dependencia o desestabilización afectiva. Esta disposición se manifiesta en una vigilancia activa hacia sus propios límites, un mayor control sobre lo que comparten o entregan emocionalmente, y un enfoque más cuidadoso frente a la posibilidad de volver a vincularse.

Sí, es como que... ok, estoy... no sé, ¿diciéndole las palabras correctas? ¿O estoy haciendo demasiado? ¿Demasiado demostrativa o no? O sea... cuidar un poco eso de lo que doy... eso. Entonces por ahí como que cuidando... me di cuenta de que cuidando lo que digo, lo que hablo, lo que siento y cómo me expreso, es como que ya fui tachada de fría, helada, que no tengo sentimientos. (Sandra, 26 años)

No es un miedo de rechazo, pero sí un miedo de qué esperar de mí, o sea, qué espero yo de todo lo que estoy tratando de avanzar, o sea, cómo voy a comportarme cuando llegue el momento. Cuando llegue el momento, quizás si se da, o sea, digamos, es como una especie de miedo que está paralelo a una eventual relación que pudiera tener. (Marco, soltero)

Pero era porque no quería que me volviera a pasar eso de estar dependiendo de alguien, ¿no? O sea, yo no quería estar en una relación donde me volviera a sentir de esa forma. . Entonces, más que decir “quizás no voy a tener una relación” por miedo a repetir lo anterior, era porque también no cumplían con un perfil que yo quería. Siento que yo no me cerré a la tentativa de decir “no, yo no me voy a volver a dañar”, sino

que era mucho más cuidadosa, creo, al momento de buscar otra relación. (Julia, en pareja actualmente)

De igual manera, se pone en evidencia una resignificación del lugar del "otro" en la vida afectiva. Algunas participantes deciden priorizar sus metas, bienestar y estabilidad personal, con algún matiz que implica el temor a formar nuevos vínculos, o con el resultado de una búsqueda de relaciones que no desplacen su eje vital. Este cambio se presenta como un aprendizaje posterior al diagnóstico o a una experiencia relacional dolorosa. Las participantes relatan cómo el diagnóstico o experiencias relacionales previas llevaron a una revalorización del proyecto personal y al desarrollo de una autonomía emocional que ya no depende exclusivamente del vínculo afectivo:

[...] en su momento pensé en que no iba a cambiar o que toda persona que estuviera conmigo, siendo mi amigo o pareja, yo iba a tener ese tipo de de centro, ¿no? ¿Cuándo es que cambia? Es cuando yo me empiezo a fijarme en mí, en mis cosas, en mis metas, en mis objetivos, analizo cómo soy yo como persona, qué cosas estoy haciendo mal, qué cosas estoy haciendo bien, y también creo que por todo el daño que pasé, para mí fue un cambio radical pasar de este apego ansioso, esta dependencia con apego ansioso a un apego evitativo que es justamente el ya no tener toda esa empatía con las personas, es más, no tener empatía con las personas. Cuando pase un problema, ignorarlo, pues si es que un amigo me hablaba, por ejemplo mal, yo "Ah, bueno, ok", [...] el primer año yo no quería estar con él porque tenía miedo a que pase lo mismo [...] Y él me preguntaba por qué, yo le decía que no quiero volver a caer una dependencia emocional, estaba tranquila, sí, concentrada en mí y él justamente mencionó que puedes estar en una relación sin caer en dependencia emocional y mi psicólogo me lo repetía a cada rato, pero yo no lo veía, esa forma, yo pensaba que si la persona estaba conmigo ya automáticamente se iba a volver al centro de mi vida. (Andrea, 27 años)

Mis metas y ahora eso como meta prioritaria para afrontar una nueva relación, o sea, seguir siendo yo mismo y no apurar nada, no apurar nada, que también es algo elemental, creo, porque quizás mucho de lo que pasaba conmigo era que tenía miedo de llegar a ese punto en donde ay, no, otra vez. (Marco, llevó terapia cognitivo conductual)

Algunas participantes expresan una actitud de autocontrol respecto a lo que comunican y entregan emocionalmente en sus relaciones. Esta forma de regular la expresión afectiva surge tanto como estrategia de protección como una respuesta a experiencias donde se sintieron excesivas o no correspondidas. Igualmente, señala para sí misma una renuncia o moderación de la expectativa de simetría emocional o conductual

en los vínculos. Esta disposición puede ser leída tanto como una forma de madurez emocional como también una forma de resignación o aprendizaje forzado:

Y lo único que saqué y que ni siquiera fue ahí tal cual ahí mismo, sino como que unos días después de pensar un poco, fue que, pucha, se me salió de las manos este asunto y creo que exageré, entonces ya está. O sea, no voy a volver a hacer esto ni esperar a nada de los demás, en general, pero no es como al presente que yo haya cambiado algo así, sino simplemente la perspectiva de esperar algo de los demás ya no está. o sea no es que tengo esa expectativa de que “ok, solamente porque yo estoy, no tengo que pedir lo mismo de regreso” porque es que también pasaba eso. Yo siempre estaba, al igual que esa persona estaba para mí, yo también siempre estaba, entonces era cierta como que “oye, pero si yo sí estoy, ¿por qué tu no estás?” entonces eso, mis expectativas. (Micaela, 27 años)

#### **4.4.4 Tema 4: Disposición para cumplir las recomendaciones terapéuticas y actitud ante las devoluciones del psicólogo.**

Esta subcategoría explora cómo las participantes recibieron, interpretaron y pusieron en práctica las recomendaciones ofrecidas por sus terapeutas, así como la manera en que se posicionaron subjetivamente frente a las devoluciones clínicas. Se identifican distintas disposiciones: desde la apertura activa y colaborativa hacia el proceso terapéutico, hasta ciertas resistencias, distancias o percepciones de vacío en el acompañamiento recibido. Asimismo, algunas participantes reconocen haber integrado las sugerencias de manera creativa o resignificada, mientras que otras refieren haber sentido un abordaje limitado o poco profundo, especialmente en relación con el diagnóstico. Por ejemplo, varias participantes manifiestan una disposición muy abierta hacia el trabajo terapéutico. En estos casos, se observa una actitud de entrega, escucha y ejecución comprometida de las recomendaciones. Incluso cuando inicialmente hay escepticismo, el proceso es valorado como útil o transformador.

[...] yo he recibido terapia por mucho tiempo, entonces yo nunca me he cerrado a poder mejorar. Nunca, nunca me ha faltado, tal vez sí, sí he tenido ansiedad y esas cosas. Nunca me ha faltado a mí fuerza como para yo misma querer salir adelante y aceptar ayuda y aceptar apoyo de personas que son, pues, profesionales. Entonces no. No soy de esas personas que van al psicólogo y hablan un poquito, no, yo soy de esas personas que van y lo cuentan todo. Y ya, como que ya: aquí está todo, ayúdame, arréglame esto y ya, dime qué hacer. No, no, pero, o sea, es muy aparte de lo de la dependencia emocional, pues yo... creo que más o se enfocaron en en lo que yo estaba pasando en ese momento que era lo malo de mi relación, ¿no? No tanto la dependencia emocional, porque bueno, fue todo un cúmulo de cosas. (Elizabeth, 25 años)

[...] me dijo que, como estamos en pandemia, lo que hiciera es ir a una ventana. Me dijo que [...] vaya a una ventana específicamente y que cuando tenga ansiedad empieza a enviarle audios mencionándole qué cosas veía, por ejemplo, mi ventana da a un parque, qué es lo que observas en el parque y mientras tengo la ansiedad le diga como “Veo un árbol, veo una vereda, veo un carro rojo, veo un carro amarillo”, todo eso y aunque no lo creas, porque yo tampoco lo creí eficiente, se me iba. (También) me dijo que poco a poco vaya cambiando la forma de mi cuarto, vaya ordenando un poco más, eso fue lo que hice y me volví mucho más ordenada, mucho más organizada. Lo cuarto fue retomar la lectura que me gusta mucho leer, entonces esa también fue una recomendación, hacer un hobby que me gustara. Y la quinta era tener un un cuaderno de notas para apuntar todo lo que si en caso me daba el tema de extrañar a esta persona y querer decirle todo esto pues que no tuviera necesidad de desbloquearlo y escribirle, sino escribirlo en ese cuaderno. [...] (Andrea, 27 años)

La participante Andrea, añade a su relato:

La idea era primero que yo me quiera a mí misma y que luego dejara que las demás personas me quisieran, o sea, como yo era, porque me había enfocado tanto en esta relación por mucho tiempo, que me había perdido mi propia esencia. [...] primero el contacto cero, el cerrar la etapa con esa persona, [...], me dijo, “ten contacto cero y trata de cerrarlo de una vez”. Entonces, para mí cerrarlo era obviamente darle una una carta, para mí, para otras personas, tengo entendido que son, no sé bloquearlo y eliminarlo, para mí fue darle una carta y bloquearlo de todas mi redes sociales para no tener contacto con esta persona. [...] cuando me lo dijo fue como “ah ok”, me dijo, si lo buscas está bien, pero no, no te lo recomiendo, porque te vas a cegar en que esto está... o sea que va a ser de esa forma, ¿no? (Andrea, 27 años)

Se identifican experiencias de duda o distancia frente a algunas interpretaciones del terapeuta. En los siguientes casos, las participantes no se sienten plenamente comprendidas o discrepan con las hipótesis clínicas. También emergen sentimientos de vergüenza por necesitar estrategias o ayudas que, en retrospectiva, consideran excesivas o no respondían a la demanda a la que necesitaban responder:

Entonces le comenté eso al terapeuta y él me dijo que sí, que algo como que debería revisar —no sé cuál fue su palabra—, pero como que... analizar yo misma la dependencia emocional que tenía con él. Y ahí fue cuando dije que discrepo, porque es que yo lo conozco hace tantos años... (Micaela, 27 años)

Y por ejemplo, cuando yo tenía ganas —y el doctor me había dicho esto—, cuando yo tenía ganas de hablar con él otra vez, como que tenía que preguntarme: ¿por qué quiero hablar con

él?, ¿qué ganaría si es que yo hablara con él? Y como aparte de eso, él me decía también que una vez que yo había escrito eso y aún así quería hablarle, como que pensara, que me pusiera a pensar si valía la pena. O sea, que hiciera como un “pros y contras” de si valía la pena volver a vincularme con él, o qué era lo que yo iba a ganar haciendo eso. Entonces, en base a eso: “ah, OK, está bien, como que sí, no vale la pena”, “sí, es verdad que es intermitente”, “sí, él no me va a dar un respaldo emocional”, “él no es lo que yo estoy buscando”, “él no me va a dar la seguridad que yo quiero”, porque yo también soy una persona, como te digo, inestable, porque tenía muy baja autoestima. Entonces... No pensé que iba a ser difícil, pero sí me daba vergüenza, porque me parecía que estaba haciendo demasiado para poder despegarme de alguien. (Julia, 24 años)

En estos últimos casos, se expresa que el abordaje recibido no logró conectar con la profundidad de su malestar o no abordó directamente el diagnóstico. Se menciona una falta de contención emocional o una entrega de herramientas de contención y regulación emocional sin mayor elaboración:

[El psicólogo me decía:] “Trabaja en tu confianza, trabaja en tu confianza”, pero no me explicaba en sí, por qué miércoles, se me forma la dependencia de emocional, solo como que me hablaba de cosas muy como presentes, no qué hacer en el presente. Y quizá también fue mi culpa, porque yo estaba muy desesperada porque en el presente yo estaba con este chico. [...] El terapeuta me dijo, más que nada, como que... me dio consejos para calmarme, para respirar, para cositas así. Pero no, creo... bueno, yo no sentí que estuviera reforzando cierta autoestima en mí. Sentí que solo, como que, me daba tips para, digamos, contenerme, por así decirlo. Pero en sí, con el diagnóstico como tal, es como que no se trabajó mucho. Yo me quedé muy a la deriva, muy como de: “¿Qué tengo?”. Y me dijeron: “Haz estos ejercicios de respiración”, y ya. [...] recuerdo que era sentarme, poner las manos en las rodillas y respirar; ejercicios de respiración, más que nada, cositas así. (Samantha, 24 años)

Me dijeron sobre tratar el diagnóstico de dependencia, el tema de distimia, me dijeron que era una depresión prolongada. Algunos otros diagnósticos, bueno como dije, en distintos grados, no sé, pero sí me dijeron que tenía que tratarlos, sólo eso. (Sandra, 5 meses en terapia)

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Antes de analizar los testimonios orales de los entrevistados, consideramos pertinente tomar en cuenta el contexto en relación al reclutamiento de los participantes, y la muestra que compone este estudio. Como se ha mencionado, fueron 9 las personas entrevistadas, de las cuales 8 son del género femenino y 1 del masculino. Si bien la convocatoria inicial tuvo una respuesta más amplia, solo una parte de las personas interesadas llegó a concretar la entrevista. Este recorte no fue deliberado, pero sí permite observar una tendencia significativa en la disposición a hablar sobre la dependencia emocional, especialmente cuando se trata de explorarla desde la experiencia personal. La mayoría de las personas que sí participaron se identificaron con el género femenino, lo cual dialoga con investigaciones previas (Bornstein, 1992) que vinculan las expresiones de dependencia con los mandatos de género y su socialización. Desde este marco, la disposición a verbalizar necesidades afectivas podría estar mediada por cuánto se ajusta una persona al rol tradicional asignado a su género.

En relación a la discusión de los hallazgos, esta sección revisa los resultados a la luz del objetivo general de la investigación: Indagar cómo el diagnóstico de dependencia emocional en consulta psicológica incide en el proceso de subjetivación y en la disposición actitudinal de jóvenes en Lima Metropolitana. A partir del análisis de las entrevistas, se identificaron cuatro dimensiones centrales que orientaron esta indagación: el valor atribuido al diagnóstico en la elaboración del malestar, el posicionamiento frente al diagnóstico, los efectos en la identidad y el autoconcepto, y las modificaciones en la disposición vincular y las representaciones afectivas. A continuación, se desarrolla una reflexión sobre estos ejes, estableciendo conexiones con el marco teórico y las entrevistas, a fin de comprender los sentidos que adquiere el diagnóstico clínico en la configuración subjetiva de los participantes.

### **5.1. Primeras coordenadas del diagnóstico: Saberes, intuiciones y expectativas**

Un hallazgo central en esta investigación es que la mayoría de las participantes no acudió a consulta con una demanda explícita asociada a la dependencia emocional, sino a partir de síntomas como ansiedad, tristeza, sentimientos de vacío, impulsividad o conflictos vinculares. Este desfase entre la demanda manifiesta y el diagnóstico recibido plantea interrogantes sobre el lugar que ocupa la categoría de "dependencia emocional" en el campo clínico. Desde una lectura crítica, puede entenderse que este diagnóstico opera como una herramienta de organización simbólica, como un punto de anclaje que permite dotar de sentido a la experiencia pasada o actual en relación con el modo de vinculación del sujeto con sus pares, aunque ese sentido no siempre sea compartido ni estable en el tiempo.

En esa línea, los resultados muestran que el diagnóstico de dependencia emocional puede operar como un marco simbólico organizador que facilita la comprensión de experiencias relacionales pasadas. Tal como explica Jorge (2018), el psicólogo clínico aporta su escucha clínica y el análisis de los mensajes y discursos, de esta manera, favorece la posibilidad de historizar, resignificar y reelaborar el síntoma, así como abrir espacio a la participación, la interrogación y la autogestión en el individuo. No obstante, este efecto estructurante no se manifiesta de manera homogénea. Si bien, en algunos casos, el diagnóstico es apropiado como una herramienta de comprensión y transformación subjetiva; en otros, se percibe más bien como un rótulo externo, poco elaborado o incluso ajeno al malestar vivido, lo que limita —o al menos complejiza— su sujeción a la categoría clínica.

Esta distancia entre el diagnóstico recibido y la vivencia subjetiva también puede observarse al comparar los relatos de las participantes con los criterios diagnósticos formales. Un aspecto llamativo en los relatos es que, si bien los participantes fueron nombrados como dependientes emocionales, sus experiencias no siempre coinciden con la definición clásica que propone el DSM-5. Según la American Psychiatric Association (2014), este diagnóstico implica “una necesidad dominante y excesiva de cuidado que conlleva a un comportamiento sumiso y de apego exagerado”, junto con una dificultad para tomar decisiones cotidianas sin consejo, asumir responsabilidades sin ayuda y expresar disconformidad por temor al rechazo. Sin embargo, en este estudio se observa que estas características no se presentan de forma homogénea: si bien algunas participantes reconocen patrones asociados a la dependencia emocional, como la

dificultad para poner límites o la necesidad de aprobación, no todas expresan una dependencia constante en la toma de decisiones ni una evitación sistemática del conflicto. Más bien, en varios casos se evidencia una conciencia clara de estar involucradas en situaciones problemáticas, que, a pesar de ser identificadas como dañinas, resultaban imposibles de abandonar en ese momento. Por lo tanto, esta ambivalencia muestra que no se trata simplemente de una falta de autonomía, sino de una experiencia compleja atravesada por contradicciones internas, sufrimiento emocional y dificultades subjetivas para desprenderse del vínculo. Esto sugiere que la categoría puede operar más como una construcción diagnóstica que organiza ciertos malestares afectivos y vinculares, pero que no necesariamente representa una estructura clínica fija.

De igual manera, resulta importante cuestionar la categoría tradicionalmente vinculada a la pasividad en la sintomatología dependiente, como señala la bibliografía: el comportamiento pasivo y dependiente tradicionalmente se ha considerado como consonante con el rol sexual femenino (Spence y Helmrich, 1978). En algunos casos, las personas que experimentan estos cuadros aparecen no solo como víctimas de desequilibrios o violencia, sino que también manifiestan conductas activas y agencia en momentos de confrontación. Se registran al menos dos testimonios en los que esta experiencia derivó en episodios de agresión física hacia sus parejas, como una reacción impulsiva surgida del desborde emocional generado por la relación.

Este tipo de relatos desafía la representación unidimensional de la persona dependiente como pasiva, tal como lo plantea Bornstein (1995), o exclusivamente víctima, y evidencia que la dependencia emocional también puede manifestarse a través de conductas activas, conflictivas e incluso violentas. Aunque estas expresiones son menos frecuentes dentro del conjunto de casos, ponen de manifiesto la necesidad urgente de abordar la dependencia emocional no solo desde una perspectiva clínica o psicopatológica, sino también como una dinámica vincular que puede escalar hacia situaciones de daño mutuo si no se comprende ni acompaña adecuadamente.

Por otro lado, además de la ambigüedad descriptiva del diagnóstico, se observa dificultad en la manera en que fue construido y comunicado. Si bien en la mayoría de casos se aplicaron pruebas estandarizadas y, en otros, evaluaciones mediante entrevistas clínicas, algunos participantes mencionan no haber recibido información clara sobre el diagnóstico, no tanto en términos conceptuales, sino en lo referente a la justificación del mismo con sus experiencias, así como respecto a la etiopatogenia de su malestar. A pesar de expresar explícitamente el deseo de comprender mejor lo que les ocurría, varias

refirieron haber recibido explicaciones vagas o fragmentarias, como en el caso de Andrea, Samantha y Roxana. Esta falta de claridad se acompaña, en algunos casos, de una aparente indiferencia o aceptación inmediata del término “dependencia emocional”, sustentada en la idea de que el concepto es auto explicativo o con una carga desmesurada que no correspondía a sus vivencias.

Esta falta de información o elaboración diagnóstica resulta importante de tomar en cuenta ya que, independientemente del enfoque clínico, el proceso diagnóstico implica una dimensión de transmisión informativa. Es decir, no basta con formular un nombramiento del malestar: este debe ser devuelto de manera que tenga algún nivel de legibilidad y entendimiento para quien lo recibe. En ese punto, la psicoeducación resulta importante en estos procesos, pues es un recurso que permite nombrar, delimitar y contextualizar ciertas experiencias, facilitando su articulación con la vida cotidiana del sujeto. Si bien el paciente no cuenta necesariamente con las herramientas de la especialidad en términos de conocimientos conceptuales o teóricos, es posible brindar intervenciones que habiliten procesos de elaboración más sostenidos, sobre todo cuando el diagnóstico toca zonas sensibles de la identidad o de los vínculos (Godoy et al., 2020).

Como consecuencia de la falta explicativa, surge una “comprensión rápida” del diagnóstico, el cual se muestra ambivalente al indagar más a fondo: surgen dudas, contradicciones o vacilaciones que sugieren que el término no fue plenamente elaborado ni trabajado en el espacio terapéutico. La ambigüedad conceptual, podría deberse, en parte, al desarrollo de una cultura emocional digital, en la que términos como “dependencia emocional”, “vínculos tóxicos” o “autoestima” circulan con regularidad en entornos personales y mediáticos (Waldman, 2018). Esta difusión favorece una familiaridad intuitiva con dichos conceptos, como confirman algunas participantes al señalar que conocieron el término de dependencia emocional a través de redes sociales.

En ese sentido, aunque la mayoría de los participantes refieren experiencias similares en cuanto al origen de sus síntomas y se identifican con el rótulo de “dependencia emocional”, las formas en que comprenden y dan significado a este concepto varían considerablemente. Algunas personas la describen como una necesidad de validación externa o una autovaloración en función del otro, mientras que otras la asocian a dinámicas de subordinación, ansiedad en el vínculo o incluso agresividad en contextos de conflicto. También se hace referencia a la dependencia como una expresión de falta de amor propio, con énfasis en lo afectivo y en el plano de la autoestima. En ciertos relatos, más que un diagnóstico clínico, la dependencia emocional es narrada como

una vivencia subjetiva de sufrimiento relacional, sin que necesariamente se la identifique como una categoría psicopatológica. En uno de los casos, como el de Marco, el concepto era asociado más al lenguaje coloquial cargado de ambivalencia, vergüenza y juicio moral.

En contraste, algunos casos se inscriben en un enfoque clínico más estructurado, en el cual la dependencia emocional aparece como parte de un cuadro diagnóstico más amplio, como el TLP o la distimia. En estos marcos, el malestar es abordado desde una lógica nosológica, donde la dependencia se entiende como síntoma o rasgo de una estructura más compleja. En esas narraciones, la categoría diagnóstica adquiere un valor explicativo que articula diferentes dimensiones del sufrimiento psíquico (emocional, vincular, identitario) bajo un marco clínico comprensivo. Por lo tanto, el concepto de dependencia emocional es entendido desde distintos puntos de vista, lo cual coincide con lo señalado por González-Bueso, Santamaría, Merino y otros (2018), quienes advierten la ausencia de un consenso teórico y clínico claro sobre esta noción, además de su comorbilidad con otros cuadros clínicos. Esta falta de definición precisa y unificada no solo genera ambigüedades en la práctica clínica, sino que también tiene implicancias concretas en la forma en que las personas comprenden y se apropian (o rechazan) el diagnóstico.

Así, la carencia de un marco conceptual riguroso dificulta la elaboración de estrategias de intervención específicas y consensuadas, tanto a nivel terapéutico como en el diseño de políticas públicas en salud mental. Si no se cuenta con una definición operativa clara, resulta complejo establecer criterios diagnósticos, diseñar tratamientos adecuados o planificar acciones preventivas. Esta ambigüedad no solo obstaculiza el trabajo clínico, sino que también invisibiliza los riesgos concretos que con frecuencia acompañan los cuadros de dependencia emocional, especialmente cuando se desarrollan en contextos de relaciones marcadas por el control, la manipulación o la violencia de género. En varios relatos, las experiencias de dependencia emocional están ligadas a situaciones de alta vulnerabilidad afectiva, donde la dificultad para cortar el vínculo genera no solo malestar subjetivo, sino que puede exponer a dinámicas marcadas por el abuso y violencia (Aiquipa, 2015). Por eso, la dependencia emocional no debería abordarse únicamente como una categoría psicológica individual, sino también como un fenómeno atravesado por estructuras de poder y desigualdad de género.

Otro factor importante para la recepción del diagnóstico en el que se indagó, es la representación previa que una persona tiene sobre lo que significa la “dependencia emocional”, esto resulta esencial ya que influye directamente en su forma de recibir un diagnóstico con ese nombre. En algunos casos, quienes entienden la dependencia como algo comprensible, asociado a experiencias previas de dolor —como heridas emocionales, carencias afectivas o patrones aprendidos— tienden a incorporarla con mayor facilidad. Al concebirla como algo tratable y que puede transformarse, el diagnóstico resulta ser una explicación posible y un punto de partida para el trabajo terapéutico. Sin embargo, en otras situaciones es más bien vivido como un estigma, pues, algunas personas asociaban la dependencia con algo “enfermizo”, o incompatible con la imagen que tenían de sí mismas —por ejemplo, como personas fuertes, independientes o simplemente “normales” en sus vínculos.

Como señalan Godoy et al. (2020), uno de los efectos que puede acompañar a los diagnósticos en salud mental es el estigma, entendido desde la psicología social como la asociación de creencias negativas y estereotipos en torno al diagnóstico recibido. Esta estigmatización puede traducirse en prácticas de exclusión, maltrato o restricción en la participación social de las personas, y en muchos casos también contribuye a que se retrase el acceso a servicios de atención adecuados o se postergue la búsqueda de ayuda profesional. Este fenómeno fue mencionado por una de las participantes, quien recibió un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP), el cual —según le indicó su terapeuta— tenía incluido dentro como rasgo la dependencia emocional. En su caso, expresó temor a ser rechazada en contextos clínicos, relató que en un centro de salud le informaron que no podían ofrecerle tratamiento, lo cual refuerza la percepción de que ciertos diagnósticos son social y profesionalmente “marcados” de forma negativa, con consecuencias concretas en el acceso a atención. El estigma, en este caso relacionado a la dependencia emocional, según extraemos de las distintas narraciones, se asocia a una condición enfermiza, degradante o extrema, lo que hace que no se identifiquen con el diagnóstico, o incluso lo nieguen explícitamente.

En relación con el criterio de utilidad del diagnóstico, los testimonios recopilados muestran que, en varios casos, este cumple una función de herramienta interpretativa: permite a las personas leer su propia historia, darle un nombre a un malestar previamente difuso y reorganizar una experiencia subjetiva dolorosa. Lo relevante aquí es que, aun cuando la comprensión del diagnóstico de dependencia emocional sea parcial, ambigua o basada en nociones generales, el solo hecho de nombrarlo habilita un punto de

partida para el trabajo terapéutico. En este sentido, la categoría diagnóstica opera más como una invitación a la elaboración que como una definición cerrada, ofreciendo una orientación inicial para pensar el malestar y sus vínculos. Para muchos, el diagnóstico se constituye en un punto de partida que habilita la necesidad de resignificación y la posibilidad de actuar sobre los vínculos afectivos. Por ejemplo, Roxana describe cómo la confirmación diagnóstica le impulsó a tomar acción y replantear su modo de relacionarse, mientras a Micaela, el diagnóstico le permitió identificar heridas emocionales profundas vinculadas a la infancia, generando así una comprensión más clara de sus patrones dependientes. Esta apertura y acogida a las interpretaciones dentro del espacio clínico pueden estar debidas a que la figura del psicólogo está representada como una figura de poder que se legitima a través de sus acciones guiadas por su saber especializado en el área (Foucault, 2002).

En este sentido, el poder que opera en el espacio clínico no se ejerce únicamente como una forma de control o imposición externa, sino que también tiene una dimensión productiva: construye significados, genera saberes e impulsa al sujeto a pensarse de determinada manera. Como plantea Porras-Velásquez (2017), el poder no solo reprime, sino que también atraviesa al sujeto, produce discursos y modos de goce. Desde esta perspectiva, el diagnóstico no solo nombra el malestar, sino que también ofrece al paciente un discurso que le permite simbolizar aquello que antes era vivido como un enigma. Tal como recoge Mordoh, Gurevich y Lombardi (2007) a partir de los seminarios de Lacan, el acto de nombrar el síntoma permite que el sujeto logre salir del estado de enigma todavía informulado y que se configure algo tal que le sugiera que hay una causa para su malestar. Esta operación discursiva facilita que el sujeto se implique en lo que le ocurre, y que el malestar pueda ser abordado —no como una etiqueta cerrada— sino como una pregunta que lo incluya en su síntoma y que oriente el tratamiento.

Como anteriormente dicho, el diagnóstico se percibe como un recurso que facilita la elaboración de la propia historia personal y familiar, vinculándola a procesos emocionales complejos y condicionantes relacionales, tal como se refleja en la experiencia de Micaela, que asoció su trastorno límite de la personalidad con un trauma familiar y una predisposición genética. Asimismo, en algunos casos, el diagnóstico contribuyó a construir puentes de comprensión y empatía con el entorno cercano, como en la vivencia de una participante que utilizó el diagnóstico para explicar a su pareja el origen de su malestar.

Por otra parte, en el contexto terapéutico, algunas participantes logran vincular su diagnóstico de dependencia emocional con experiencias tempranas significativas, situando su origen en vivencias de la primera infancia marcadas por el trauma, el abandono o la falta de reconocimiento afectivo. Esta relación coincide con los modelos clásicos de apego, como los propuestos por Bowlby (1969), que plantean que las primeras relaciones vinculares influyen profundamente en el estilo de apego y en las dinámicas y patrones interpersonales posteriores. Así, a través del proceso clínico, estas experiencias pasadas adquieren un nuevo sentido, permitiendo resignificar sus modos de vinculación actuales desde una perspectiva histórica y relacional.

## **5.2. Cuando el diagnóstico irrumpe: Reacciones y apropiación del sentido**

En relación con el segundo objetivo de esta investigación —analizar las incidencias del diagnóstico de dependencia emocional en los procesos de subjetivación y la disposición actitudinal de jóvenes y adultos—, los resultados dan cuenta que cada experiencia subjetiva integra el diagnóstico de forma particular: a veces con aceptación, en otras con resistencia o cuestionamiento, incluso con cierta superposición de posturas en una misma narrativa. Lejos de tratarse de un tránsito lineal, el diagnóstico opera como un elemento que despierta sentidos, replanteos y reposicionamientos en torno a la propia historia afectiva. Incluso en aquellos casos donde hay una negación inicial, la prescripción diagnóstica genera una fisura: un punto de interrogación que empuja al sujeto a revisar sus formas de vincularse. Como plantea Roldán (2021), el proceso de subjetivación no puede pensarse como algo dado, sino como una lucha o una resistencia en relación con el poder, enmarcado dentro de una dinámica dialéctica.

En este sentido, el diagnóstico funciona no solo como una categoría clínica, sino como un operador simbólico, un punto de anclaje que incide directamente en la constitución del yo. Eso significa que el sujeto asume una postura en la que vincula la reflexión de sí mismo – en la cual integra sus sistema de creencias y valores personales en relación al diagnóstico– y la adaptación a la norma del entorno, que es gestionada por la figura del psicólogo y el espacio clínico y social. Como afirma Foucault (1983), el sujeto está escindido tanto en su interior como dividido de los otros: este proceso lo objetiva.

Los resultados de esta investigación muestran cómo los participantes negocian su relación con el diagnóstico, ya sea ajustándose a las normas de salud mental o resistiéndolas, dando lugar a formas singulares de subjetivación. Es decir, el diagnóstico

clínico puede funcionar tanto como una herramienta de comprensión como un mecanismo de control, dependiendo del modo en que se lo recibe, interpreta y se lo incorpora —o no— a la narrativa personal.

En esta línea, los diagnósticos se insertan en marcos normativos que reflejan ideales contemporáneos, como por ejemplo la autonomía emocional o la regulación afectiva, propios del estilo de vida neoliberal (Illouz, 2012). Los procesos de subjetivación, entonces, no están desligados del poder, sino que se configuran en una relación dialéctica con él. Como plantea Foucault, la subjetivación también puede ser entendida como forma de lucha, de resistencia, e incluso como una tecnología del yo, a través de la cual los individuos se singularizan o se distancian de los discursos dominantes (Roldán, 2021).

Ahora bien, los pacientes ejercen su propia agencia en la recepción del diagnóstico, el poder —en este caso, del psicólogo o psicóloga— no es absoluto, ni necesariamente debe entenderse como una forma de represión. Es decir, su ejercicio no implica por sí mismo una renuncia a la libertad ni una cesión de derechos. Como plantea Porras-Velásquez (2017): la relación de poder no necesariamente surge de un acuerdo mutuo, aunque en algunos casos puede mantenerse por un consentimiento previo o sostenido en el tiempo; sin embargo, esto no implica que exista un consenso por naturaleza entre las partes. En nuestros resultados, hemos observado que, aunque los resultados dan cuenta de que el diagnóstico y el proceso clínico pueden tener una incidencia positiva, estos esclarecimientos no producen un efecto homogéneo en todos los casos. Lo que para algunas personas constituye una herramienta de comprensión o transformación, para otras puede representar una imposición, una etiqueta inapropiada o incluso una forma de distanciamiento frente a su experiencia subjetiva.

La recepción del diagnóstico varía ampliamente, oscilando entre la aceptación y apropiación como una explicación válida del malestar, hasta la duda, resistencia o rechazo. Algunas personas experimentan angustia, vergüenza o frustración, como dimos cuenta en el apartado anterior. Estas reacciones se vinculan no solo con el contenido del diagnóstico, sino también con las expectativas previas, la forma en que fue comunicado y el contexto terapéutico.

Por ejemplo, algunos relatos reflejan una sensación de etiquetamiento o patologización excesiva, que generó rechazo o distanciamiento del proceso terapéutico. En el caso de Camila, el diagnóstico fue formulado a partir de una situación de

vulnerabilidad emocional pues tenía una enfermedad crónica y el acompañamiento intermitente de una figura significativa durante ese periodo. Sin embargo, al manifestarle a su terapeuta el malestar que le causaba que su figura de apoyo en esta situación se haya ido sin explicación, se le indicó que lo que estaba viviendo era una situación de dependencia emocional. Tal como explican Pattyn, et al. (2023), este tipo de intervenciones se tensionan los límites entre una lectura psicopatológica del vínculo y la posibilidad de entenderlo como una vicisitud relacional enmarcada en condiciones concretas de fragilidad. La patologización excesiva de estas situaciones puede derivar en un etiquetamiento que dificulta la apropiación subjetiva del malestar y su simbolización, contribuyendo a la autoestigmatización. El estigma relacionado al diagnóstico y al tratamiento puede interferir con las diversas oportunidades presentes y futuras, así como en el ámbito social de las personas, generando conductas de aislamiento, autorreproches o abandono de recursos.

No obstante, en otros casos, la recepción del diagnóstico fue más favorable. Esto ocurre especialmente cuando convergen ciertos factores: una mayor disponibilidad de herramientas explicativas, un sentido cuidadoso de vulnerabilidad emocional hacia el paciente que predispone a la búsqueda de significados, un contexto clínico que propicia la escucha y la elaboración conjunta, así como el acceso a la psicoeducación —ya sea proporcionada por el o la terapeuta, o buscada activamente por las propias pacientes—. Este hallazgo resulta en sintonía con estudios que subrayan la importancia de la alianza terapéutica como un factor clave para predecir resultados positivos en el tratamiento y favorecer la adherencia a las recomendaciones profesionales. Pues, cuando el diagnóstico se comunica dentro de un vínculo clínico que promueve la escucha, el respeto y la construcción conjunta de sentido, es más probable que sea integrado de manera significativa por el paciente (Opland y Torrico, 2024).

### **5.3. La identidad en tránsito: transformaciones en la autoestima, autoconcepto e imagen**

Uno de los aspectos que emergió con fuerza en un relato analizado, es la manera en la que el diagnóstico por dependencia emocional incide en la construcción de identidad, particularmente en el caso de Andrea, en el cual la relación consigo misma se encontraba profundamente desdibujada. En este caso, señaló que el diagnóstico no cambió quien era, sino que fue un punto de anclaje, un significante primordial para

responder a la construcción más básica y estructural de sí. Esta idea la respaldan varias investigaciones, en las que se afirman que, muchos jóvenes derivan un sentido de identidad social a partir de su diagnóstico, lo que refuerza el papel del diagnóstico no solo como una etiqueta clínica, sino también como un elemento central en la construcción de la identidad que se enlaza gracias a la identificación con la etiqueta (O'Connor et al., 2018). Así también, el testimonio de Elizabeth, reveló cómo luego de haber pasado por terapia, se miraba al espejo y se miraba distinta, con deseo de hacer nuevas cosas, lo que evidencia el impacto clínico en la construcción de la imagen de sí misma. En este caso hay una ruptura en la continuidad de sí misma, de su propia representación incitada por la reapropiación de su voluntad a hacer nuevas actividades. En ese sentido y a través de estos ejemplos, damos cuenta de una consecuencia positiva de la prescripción clínica, sin embargo, no todos los casos reflejan un impacto exclusivamente beneficioso.

En el caso particular, de Micaela, participante con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), podemos observar cómo la prescripción clínica tuvo consecuencias ambivalentes. Por un lado, vivió sentimientos de estigmatización y rechazo, especialmente en el ámbito de las relaciones amorosas: sentía que nadie querría estar con ella al saber su diagnóstico y se veía obligada a revelar su condición para “preparar” a los demás ante la idea de que estaba “loca”. Incluso se llegó a cuestionar quién quisiera comprometerse con una persona así, lo cual afectó el ideal de proyecto de vida el cual consistía en casarse. Esto sugiere que el diagnóstico incidió negativamente en su identidad y en la manera en que imagina y proyecta su futuro, generando una fractura entre el ideal del yo y la posibilidad real de materializarlo. Esta situación se vio agravada cuando una profesional de salud mental, tras evaluar que tenía Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), decidió no atender su caso sin ofrecer una explicación clara. Para ella, este episodio representó una manifestación directa del estigma social asociado al diagnóstico, lo que impactó negativamente en su autoestima y desencadenó dificultades en sus relaciones sociales con sus pares.

Este rechazo institucional se relaciona con los hallazgos de O'Connor et al. (2018), quienes señalan que ciertos diagnósticos pueden derivar en exclusión de servicios específicos de salud mental, exacerbando la vulnerabilidad y estigmatización de las personas afectadas. Así, el estigma no solo opera a nivel social, sino que también puede manifestarse dentro de los sistemas de atención, limitando el acceso a recursos

fundamentales para el bienestar. Por otro lado, y a pesar de estas consecuencias negativas, la misma participante reconoció que el diagnóstico le brindó un marco para comprender y aceptar aspectos profundos de su identidad. Le ayudó a entender por qué reaccionaba con tanta intensidad ante ciertos eventos y, finalmente, le permitió sentirse más segura y coherente con su sentido de sí mismo. Esta ambigüedad, también la comparte la revisión de la literatura cualitativa, en donde se menciona que las reacciones psicológicas y sociales de las personas ante un diagnóstico son muy complejas. Esto debido a que no es posible anticipar con certeza si recibir un diagnóstico generará resultados exclusivamente positivos o negativos, pues las respuestas pueden variar tanto entre diferentes personas como dentro de un mismo individuo. Aunque un diagnóstico puede desencadenar pensamientos negativos sobre uno mismo que no se habrían manifestado de otra forma, también puede ofrecer un marco interpretativo personal y ayudar a reconstruir la autoestima dañada (O'Connor et al. 2018).

No solamente en el caso de Micaela, sino de Julia, Samantha, Roxana se demuestra un sentido compartido respecto a las consecuencias del diagnóstico de dependencia emocional. En estas narrativas damos cuenta cómo las consecuencias de este resultan especialmente relevantes en relación con el autoconcepto —entendido como el conjunto de ideas que una persona mantiene sobre sí misma— y con la identidad social, que se refiere a aquella dimensión del autoconcepto que se construye a partir de la pertenencia a ciertos grupos (Baumeister, 1999; Tajfel, 1981). Todas ellas expresaron sentimientos de molestia, vergüenza y vulnerabilidad ante la etiqueta diagnóstica, que les generaba una imagen relacionada a una posición pasiva o de víctima. Por ejemplo, Julia describió cómo la palabra “dependiente” le afectó negativamente porque implicaba una contradicción con su ideal de independencia emocional y económica, llevándola a sentirse frágil y “tonta” por “correr tras una persona” y modificar su comportamiento.

Samantha, por su parte, expresó que el diagnóstico impactó profundamente en su autoestima y en su capacidad de sostener una relación afectiva, al punto de considerar que no era “lo suficientemente buena” para su pareja por estar “malita”, lo cual le generó sentimiento de vergüenza. Su preocupación no se centraba tanto en entender el origen de su condición, sino en cómo esta afectaba directamente su posibilidad de mantener un vínculo amoroso. En este caso, el diagnóstico no solo opera dando nombre a una dificultad externa, sino también delimita lo que cree que puede o no hacer en una relación, hecho que queda limitado por una condición que invalida sus posibilidades vinculares.

Roxana expresó haber atravesado una importante dificultad al recibir el diagnóstico de dependencia emocional mientras cursaba la carrera de psicología. El diagnóstico puso en tensión su identidad profesional en formación, ya que generó un conflicto entre su experiencia subjetiva de malestar emocional y el rol clínico que aspiraba a ocupar. Esta tensión se manifestó en un doble registro: por un lado, se preguntaba si realmente podía sostener a otras personas estando ella misma en una situación de vulnerabilidad (“¿Cómo una persona dependiente puede sostener a otros?”), y por otro, sentía el peso del juicio anticipado de su entorno profesional. El conflicto revela una forma de incongruencia interna, en la medida que resulta disonante el concepto ideal de futura terapeuta, ligada a la imagen de autosuficiencia y una capacidad regulatoria emocional avanzada, y su vivencia real de dificultad afectiva.

Como se ha evidenciado en estos casos, ciertos diagnósticos cargan con un mayor estigma dentro del imaginario social, lo que puede impactar negativamente en el autoconcepto y la identidad social de quienes los reciben. Es decir que, los efectos del diagnóstico sobre la identidad no son homogéneos ni universales. Por ejemplo, en investigaciones sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA), se ha observado una tendencia más prominente a reinterpretar los síntomas desde una perspectiva positiva o enriquecedora, lo que promueve un autoconcepto más saludable y una identidad social más fortalecida (Daley & Weisner, 2003; Humphrey & Lewis, 2008; Huws & Jones, 2015; Jones et al., 2015; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015), en comparación con los trastornos afectivos (O’Connor et al., 2018), como en este caso, de dependencia emocional.

#### **5.4. El vínculo en juego: Cambios en la disposición actitudinal**

Finalmente, este apartado se centra en los efectos del diagnóstico en el plano de los vínculos interpersonales, especialmente en cuanto a las transformaciones en los ideales afectivos, en la disposición vincular, las representaciones del amor y el establecimiento de límites. Los participantes, aunque con experiencias particulares, coinciden en que la toma de conciencia sobre su dependencia emocional les ha permitido poner en práctica cambios concretos en sus relaciones. A su vez, la apertura a las recomendaciones terapéuticas fue en general receptiva, aunque con niveles variables de consistencia. Las entrevistadas mencionaron haber incorporado ejercicios vinculados a la respiración, el manejo de la ansiedad y el fortalecimiento de la autoestima, si bien estas prácticas no siempre se sostuvieron en el tiempo ni estuvieron exentas de ambivalencia.

Como se observa en los resultados, la mayoría configura una estrategia para mitigar el problema que consiste en un repliegue hacia sí mismos y un distanciamiento de los demás, en ciertos casos, motivado por el temor a repetir dinámicas de dependencia. En estos casos, se expresa explícitamente miedo a atravesar nuevamente una situación similar a la experimentada previamente, lo que los lleva a establecer límites en el acercamiento hacia el otro, en diversos grados. Algunos prevén situaciones potencialmente riesgosas y utilizan como herramientas el análisis crítico de su realidad y la evaluación de posibles sentimientos de idealización. Los relatos muestran que, si bien el malestar vinculado a la dependencia emocional persiste en algunos casos, también se activa una actitud más reflexiva y regulada frente a las relaciones afectivas.

El diagnóstico opera como una herramienta que permite reconocer patrones previos, anticipar situaciones que generan ansiedad, con sus pares y establecer límites explícitos frente a comportamientos que antes eran tolerados. Muchas veces, esta disposición no implica una superación total del apego ansioso, pero sí una transformación en la forma de gestionarlo. Las participantes muestran mayor claridad para comunicar sus necesidades, reconocer sus límites y tomar distancia cuando ciertas dinámicas relacionales se tornan perjudiciales. Además, se evidencia un desplazamiento en la expectativa hacia el otro, adoptando una posición menos demandante y más tolerante frente a la incertidumbre afectiva. En un nivel más específico, varios participantes mencionan un mecanismo de defensa que le permitió sostenerse en el futuro: un apego evitativo caracterizado por una marcada independencia y una postura de priorizarse a sí mismos. A la vez, adoptan una actitud vigilante y autoconsciente, tratando de estar atentos a sus propios límites y emociones para no recaer en dinámicas dependientes.

En estos casos, este enfoque refleja, en parte, las características del discurso dominante de la figura de la mujer empoderada, la cual suele asociarse con el autocontrol, amor propio, la racionalidad y una postura activa frente a la vida. Una mujer dependiente, es una mujer adueñada por sus pasiones. En contraposición, la dependencia emocional se presenta como una marca de debilidad o sometimiento, donde la mujer es representada como “adueñada” por sus pasiones. Resulta significativo, en este sentido, que los términos “pasión” y “pasividad” compartan la misma raíz etimológica —*passio*, que en latín remite al sufrimiento—, lo cual refuerza una jerarquía histórica entre emoción y razón (Ahmed, 2020). Esta dicotomía relega lo afectivo a una posición de inferioridad, y naturaliza la idea de que la fragilidad o vulnerabilidad son incompatibles con la agencia. Esta

perspectiva resulta estigmatizante en algunos casos, como en el de Julia, Samantha, y Camila.

Frente a las vulnerabilidades inherentes al amor, se plantea una forma de contrarrestar sus efectos o anularlos a partir del “uso racional” de los afectos, pues “el sufrimiento amoroso se considera un sentimiento inútil y dañino porque ya no se vive como una experiencia que pueda fortalecer y engrandecer al yo, sino como una que lo destruye, que pone en duda su valor y hace peligrar la autoestima” (Illouz, 2012). Las participantes incorporan conceptos como autonomía, autoestima y mejora personal, lo que introduce una perspectiva excluyente en la que emerge una tensión constante entre el “yo” y el “ellos”, especialmente en la priorización de necesidades y responsabilidades. Tal como se observa en los casos analizados, frente a situaciones en las que la otra persona no responde a las expectativas —por ejemplo, no comunica lo que se espera o no actúa conforme al vínculo deseado—, rápidamente, las participantes tienden a adoptar posturas de distanciamiento o ruptura categórica. Expresiones como “no voy a aceptar migajas”, “le corto” o “lo bloqueo” son acciones que condensan una lógica de autoprotección afectiva y que refuerza una idea de autonomía emocional, vinculada a la necesidad de establecer límites claros para evitar dinámicas que remitan a la dependencia.

En los relatos de varias participantes se observa una tendencia a asumir posturas tajantes frente al otro, como forma de autopreservación emocional. Algunas expresan no sentirse preparadas para una nueva relación, mientras que otras afirman que han decidido no esperar nada más de la otra persona y limitar sus expectativas totalmente. Si bien estas decisiones pueden entenderse como mecanismos de defensa ante experiencias previas de malestar, también configuran posiciones afectivas subrayadas por una lógica maniquea, en la que el vínculo se reduce a términos de todo o nada. Esta rigidez, aunque comprensible, después de experiencias dolorosas y traumáticas, dificulta la posibilidad de sostener vínculos con mayor ambivalencia, negociación y complejidad emocional, en donde la realidad del enamoramiento implica asumir una posición de riesgo y vulnerabilidad, y conlleva a que el sujeto sea atravesado por lo Real del acontecimiento, en términos lacanianos. Según Freud (1914), quien está enamorado se siente humillado: Amar implica sacrificar una parte del narcisismo propio, que solo puede ser recuperada a cambio de ser amado. Esta dinámica desafía la idea de un sujeto completamente autónomo y autosuficiente, ya que el amor implica inevitablemente una influencia y apertura hacia el otro, poniendo en amenaza la narrativa individualista que muchas veces predomina.

El estado de angustia provocado por lo inexpresable del deseo, que se despliega hacia el objeto amado, puede resultar amenazante para quien lo experimenta, ya que el amor se sostiene en la nada, hace tambalear el “sí mismo” y trastoca la concepción que tenemos de nosotros mismos (Kohan, 2019). André Green explica que las vicisitudes de Eros contienen un potencial de locura, debido a que están compuestas por elementos afectivos y pasionales que transforman la relación del sujeto con la realidad. Por otro lado, la incapacidad para amar, el rechazo a la experiencia causada por perturbaciones anímicas o corporales, tiene un efecto deprimente sobre el sentimiento de sí mismo. Dado que esta vulnerabilidad es percibida como un riesgo, el sujeto narcisista moral encuentra una satisfacción libidinal en la renuncia y la privación, mecanismos que actúan como una protección frente a la castración y el sufrimiento (Yildiz, 2012).

Como señalábamos, este enfoque si bien puede favorecer el empoderamiento, la autogestión emocional, y tener resultados inmediatos, al mismo tiempo refleja influencias propias de narrativas neoliberales que enfatizan la responsabilidad individual y la auto optimización como caminos predominantes para el bienestar. El riesgo de esta lógica es la producción de individuos autoconscientes y vigilantes de sí mismos, que omitan en las coordenadas explicativas de su malestar, una perspectiva social en la que se desencadenan estos tipos de vínculos. Es decir, sin tomar en cuenta los roles de género asignados y sus implicaciones materiales y simbólicas en los vínculos, despolitizando el malestar y responsabilizando únicamente a cada individuo. Este movimiento resulta especialmente problemático en el caso de las mujeres, sobre quienes recae un mandato de autorregulación emocional y autosuficiencia que encaja con los intereses de una sociedad centrada en el rendimiento, la productividad y el control de los afectos (Han, 2012; Arrunátegui, 2017).

Finalmente, esta tensión se manifiesta en sentimientos como la tristeza y el autorreproche, tal como lo expresa Julia, quien interpreta su malestar como una falta de amor propio y se culpa por no estar simplemente “viviendo su individualidad”. En este marco, el sufrimiento afectivo aparece como una amenaza: tiene el potencial de quebrar el compromiso subjetivo con el sistema. Un individuo con el corazón roto difícilmente puede sostener los niveles de desempeño, productividad y consumo que exige la lógica neoliberal (Arrunátegui, 2017).

Más allá de la crítica al mandato de autogestión emocional como dispositivo neoliberal, es importante señalar que este modelo también fragmenta la posibilidad de pensar los vínculos desde una perspectiva relacional. En el marco de un orden social

atravesado por el machismo estructural, el discurso del empoderamiento femenino puede convertirse en una forma de aislamiento que, si bien protege a las mujeres del daño, también dificulta pensar en lo común de sus vivencias. Esta lógica debilita la posibilidad de interrogar cómo se construyen hoy los vínculos afectivos —especialmente entre mujeres y varones— y por qué estos se encuentran marcados por el desencuentro y distintas formas de malestar amoroso, desplazando el problema hacia una suerte de autosuficiencia emocional idealizada. El resultado no es solo la exigencia de resolver en soledad el sufrimiento, sino también la pérdida de una mirada crítica sobre las formas de relación afectiva entre géneros, lo cual imposibilita pensar en nuevas configuraciones vinculares más justas, equitativas y emocionalmente sostenibles.

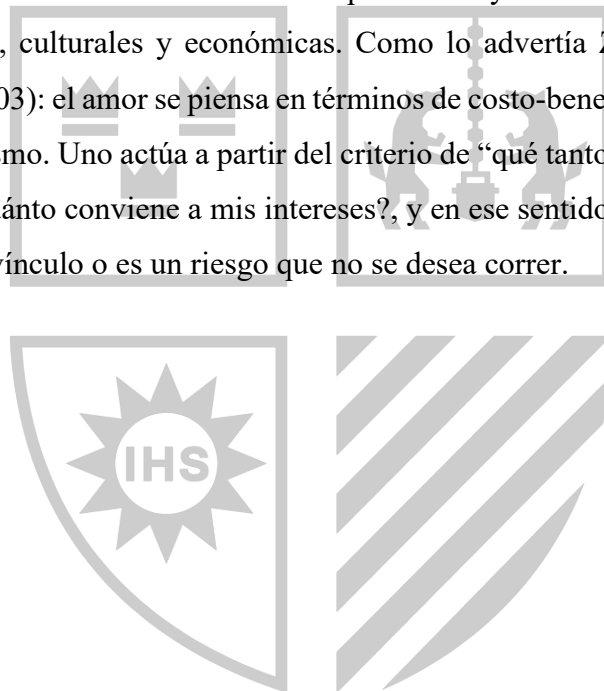
Por otra parte, resulta interesante a la vez, pensar en el contexto terapéutico, en el cual, los pacientes, aunque buscan autonomía y crecimiento personal, teniendo ya un protocolo bastante extendido en redes sociales, con amplia literatura sobre formas actuales de autocuidado y manifestaciones de amor propio, también desean orientación y estructura para lidiar con sus desafíos emocionales. Es decir, a pesar de reclamar individualidad, también buscan la seguridad y protección que brinda un marco normativo claro, similar a la autoridad pública que regula la autonomía en la sociedad. Esta paradoja refleja la complejidad de la economía moral en la terapia, donde se defienden las libertades individuales de los pacientes, pero al mismo tiempo se busca reforzar el orden y la estructura para garantizar su bienestar emocional. Este cambio, creemos, responde al declive de las estructuras sociales tradicionales y la alteración de un modelo sistémico que anteriormente era esencial para la comprensión y el significado de la sociedad (Dubet, 2020). Por lo tanto, las prácticas terapéuticas reflejan una transformación más amplia en la organización de la sociedad y en la comprensión de sus fundamentos.

Ejemplo de esta necesidad imperante de orientación, es el impulso por resolver el malestar de manera inmediata también se observa en varios relatos, donde emerge una urgencia por “liberarse” del sufrimiento emocional sin atravesar necesariamente un proceso reflexivo o simbólico. Sandra, por ejemplo, manifiesta de forma enfática el deseo de “arrancarse el corazón”, expresión que da cuenta de la intensidad del malestar y de una necesidad apremiante de desligarse del dolor afectivo. Esta disposición se traduce en una búsqueda activa de soluciones rápidas —como “tips” o consejos prácticos— que prometen un alivio inmediato, lo que revela una lógica de gestión emocional centrada en la eficacia y el control. En esa misma línea, algunas participantes interrumpen el proceso

terapéutico tempranamente, como en el caso de Samantha, quien expresa frustración ante la falta de respuestas claras o indicaciones concretas.

En ese sentido, resulta interesante la aproximación de Berlant (2020) al reformular el “objeto de deseo”, pues nos permite salir al encuentro de aquello que nuestros apegos tienen de incoherente o enigmático, no como una mera confirmación de nuestra irracionalidad, sino como una posible explicación para nuestra persistencia en el objeto, en la medida en que la proximidad a él implica la proximidad al manejo de cosas que el objeto promete, algunas de las cuales pueden resultar claras y benéficas para nosotros, mientras que otras, no tanto.

Sin embargo, se piensa que nuestras relaciones emocionales y dependencias son únicamente el resultado de nuestras decisiones personales y no de una red más amplia de influencias sociales, culturales y económicas. Como lo advertía Zygmunt Bauman en “Amor líquido” (2003): el amor se piensa en términos de costo-beneficio y en ese sentido, se relega al utilitarismo. Uno actúa a partir del criterio de “qué tanto costo me demandará esta relación”, “¿Cuánto conviene a mis intereses?”, y en ese sentido, se determina si vale la pena asumir ese vínculo o es un riesgo que no se desea correr.



## CONCLUSIONES

El objetivo específico de esta investigación fue analizar los efectos del diagnóstico de dependencia emocional en la subjetividad de jóvenes, evidenciando que dicho impacto es amplio y se manifiesta de manera singular en cada caso. A partir del análisis se identificaron cuatro categorías principales, las cuales se desglosan en diez temas específicos que permiten comprender con mayor profundidad las distintas dimensiones del fenómeno estudiado. Estos resultados demuestran que la experiencia de los jóvenes con el diagnóstico depende de factores como su relación con el contexto clínico, el conocimiento que tienen sobre el diagnóstico, la forma en que este les fue comunicado, entre otros. Se concluye que el diagnóstico de dependencia emocional opera como un punto de inflexión en la experiencia subjetiva de los jóvenes, en tanto introduce una nominación que reordena la manera en que comprenden su malestar y sus vínculos. Frente a esta categoría, los participantes despliegan distintos posicionamientos —que van desde la apropiación, la resignificación hasta el distanciamiento crítico—, los cuales inciden en la forma en que se piensan a sí mismos y en su disposición frente al cambio. Esta dinámica revela la tensión entre aceptar un marco diagnóstico que puede implicar estigmatización y al mismo tiempo reconocer su utilidad para comprender y gestionar sus experiencias emocionales, mostrando que la subjetividad se construye en un proceso activo de negociación y resistencia frente a las categorizaciones clínicas.

- En relación con el primer objetivo, se concluye que el diagnóstico de dependencia emocional opera como una herramienta significativa para que los jóvenes puedan nombrar y dar sentido a su malestar. Muchos participantes señalaron que el diagnóstico funcionó como un punto de partida para comprender su historia personal y reconocer patrones emocionales dolorosos, lo que les permitió iniciar procesos de resignificación y acción sobre sus vínculos afectivos y autoestima. Por ejemplo, algunos destacaron que, gracias al

diagnóstico, pudieron comunicar mejor sus dificultades a sus parejas, fomentando la empatía y la comprensión mutua. Otros mencionaron que el diagnóstico les ayudó a identificar la necesidad de mejorar su amor propio y a reconocer la influencia de experiencias pasadas en sus actuales dificultades emocionales.

Sin embargo, este impacto no es uniforme. La utilidad del diagnóstico varía según la experiencia previa de cada joven, la forma en que fue comunicado y el grado de aceptación o resistencia que muestran frente a la categoría diagnóstica. Al mismo tiempo, para algunos participantes el diagnóstico no solo implicó comprensión, sino también la sensación de tener que hacerse cargo de un malestar ya nombrado, lo cual generó cierto nivel de angustia. En estos casos, recibir el diagnóstico supuso enfrentarse a aspectos de sí mismas que resultaban difíciles de aceptar, así como la tarea de modificar patrones afectivos que habían sostenido durante mucho tiempo. Así, la utilidad del diagnóstico estuvo acompañada por episodios de tensión o frustración. Por otro lado, también hubo experiencias, aunque menores, en las que el diagnóstico no fue percibido como útil, ya sea porque no sentían que la categoría reflejara con precisión su vivencia, o porque no lograron establecer una conexión significativa entre el diagnóstico recibido y sus procesos personales de malestar. Además, se evidenció una cierta ambivalencia conceptual: la categoría de dependencia emocional no siempre era comprendida de la misma forma, y en la mayoría de los casos aparecía entrelazada con otros cuadros clínicos —como depresión, trastornos de la conducta alimentaria o distimia— lo que dificultaba una identificación clara y homogénea con la etiqueta diagnóstica.

- En relación con el segundo objetivo de la investigación, se concluye que el posicionamiento frente al diagnóstico clínico de dependencia emocional constituye un proceso subjetivo complejo, no lineal y profundamente particular. Los participantes no reciben el diagnóstico de forma pasiva: lo resignifican, lo aceptan, lo resisten o incluso lo rechazan, dependiendo de múltiples factores como su trayectoria personal, el modo en que fue comunicado, y la calidad del vínculo con el/la terapeuta. El diagnóstico, lejos de ser una categoría neutral, actúa como un operador simbólico con capacidad transformativa, que incide en

la configuración del yo, generando replanteamientos en la historia afectiva y nuevas formas de comprensión (o tensión) sobre el malestar.

Asimismo, se observa que el posicionamiento frente al diagnóstico está atravesado por relaciones de poder, donde el espacio clínico y la figura del profesional influyen significativamente en la forma en que la categoría es incorporada o cuestionada. La agencia de los propios jóvenes es central para entender este proceso: en algunos casos, la comunicación del diagnóstico en un contexto de escucha empática permitió una apropiación crítica y transformadora; en otros, la sensación de patologización, estigmatización o la falta de contextualización generaron distanciamiento o rechazo. En no pocos casos se halló también la necesidad de herramientas psicoeducativas más explícitas sobre lo que significaba su diagnóstico. Estos hallazgos refuerzan la idea de que el diagnóstico no debe ser entendido como un destino ni como una verdad cerrada, sino como una construcción social y clínica que se negocia en el marco de vínculos intersubjetivos y estructuras de poder.

- Con respecto al tercer objetivo, la influencia del diagnóstico en la identidad, autoestima y autoconcepto se manifiesta de manera compleja y ambivalente. El diagnóstico de dependencia emocional puede incidir profundamente en la construcción de la identidad, especialmente cuando la relación con uno mismo está poco definida. Para algunas personas, el diagnóstico actúa como un punto de anclaje que ayuda a dar sentido a su historia afectiva y a organizar su autoconcepto. Sin embargo, esta integración no es homogénea ni lineal: aunque en ciertos casos el diagnóstico facilita la comprensión personal y fortalece la identidad social mediante la identificación con la etiqueta, en otros provoca ambivalencias y dificultades emocionales, como sentimientos de estigmatización y rechazo, que afectan la autoestima y la proyección de futuro. Asimismo, aunque el diagnóstico puede funcionar como una herramienta interpretativa que nombra y organiza el malestar, también conlleva riesgos asociados al estigma y a la imposición de etiquetas que no siempre resultan pertinentes o ajustadas a la experiencia de quienes lo reciben.

El estigma asociado al diagnóstico no solo se manifiesta en el plano social, sino que también puede reproducirse dentro de los sistemas de atención en salud

mental, limitando el acceso a recursos y profundizando la vulnerabilidad. Muchas personas experimentan conflictos internos derivados de la tensión entre su experiencia subjetiva y las expectativas sociales o profesionales vinculadas a la etiqueta diagnóstica. Este malestar puede traducirse en sentimientos de vergüenza, fragilidad o pasividad que contradicen ideales personales de autonomía, afectando la capacidad para sostener vínculos afectivos o cumplir proyectos vitales, tal como se observó en los resultados.

- Finalmente, el cuarto objetivo permite concluir que las actitudes de los jóvenes frente a sus parejas tras el diagnóstico de dependencia emocional muestran tanto apertura a la comunicación y replanteo de límites, como la adopción de estrategias de autoprotección basadas en el distanciamiento y la priorización del cuidado personal. Esta respuesta, en un contexto cultural que idealiza la autonomía y estigmatiza la vulnerabilidad, favorece el empoderamiento individual y la autogestión emocional, pero a la vez reproduce una lógica neoliberal que enfatiza la responsabilidad personal, invisibilizando las causas sociales y estructurales que sustentan los vínculos dependientes. Así, se establece una tensión constante entre la búsqueda de autonomía y la persistencia de experiencias afectivas complejas que requieren mayor apertura y negociación, más allá de posturas rígidas de “todo o nada”.

Por otro lado, la fragmentación del vínculo afectivo bajo esta lógica individualista limita la posibilidad de pensar el amor y las relaciones desde una perspectiva colectiva y crítica, dejando de lado el impacto del machismo estructural y las dinámicas de género que atraviesan estas experiencias. En el ámbito terapéutico, esta tensión se refleja en la paradoja entre el deseo de autonomía y la necesidad de seguridad y orientación, evidenciando un cambio social profundo en la forma en que las personas configuran sus relaciones y enfrentan su malestar emocional. Por ello, resulta urgente repensar las configuraciones vinculares hacia modelos más justos, equitativos y emocionalmente sostenibles que integren tanto lo social, como lo individual.

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se presentan a continuación se desprenden de los hallazgos obtenidos en la investigación y buscan aportar tanto al desarrollo de futuras líneas de indagación como a la reflexión crítica sobre la práctica clínica en el ámbito de la salud mental. En este sentido, se formulan propuestas orientadas a ampliar el conocimiento académico sobre la dependencia emocional y, a la vez, a problematizar los efectos subjetivos y relacionales que puede producir su uso como categoría diagnóstica, especialmente en población joven.

- A partir de los hallazgos expuestos, se proponen diversas líneas de indagación futura. Una de ellas podría consistir en profundizar de manera focalizada en alguno de los objetivos específicos planteados en la presente investigación, abordándolos de forma independiente y con mayor nivel de detalle. En particular, futuras investigaciones podrían centrarse exclusivamente en el valor atribuido al diagnóstico como herramienta para la comprensión del malestar, o bien en los modos de posicionamiento subjetivo frente a la nominación diagnóstica —en términos de sujeción, distanciamiento o apropiación—, permitiendo así un análisis más exhaustivo de estos procesos.

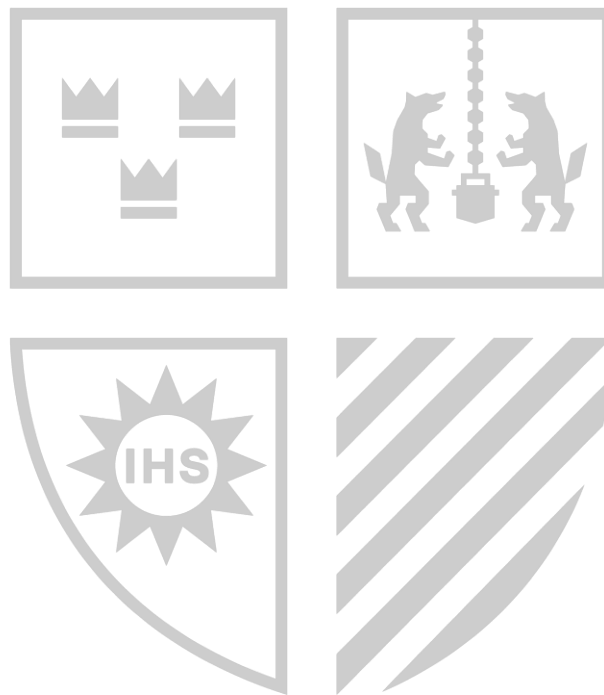
Asimismo, otras líneas podrían orientarse a examinar de manera específica los efectos del diagnóstico en la percepción de sí y en las transformaciones identitarias, o bien a profundizar en las modificaciones que dicho diagnóstico introduce en la disposición vincular, los ideales afectivos y el establecimiento de límites en las relaciones. Este tipo de abordajes focalizados contribuiría a desarrollar marcos analíticos más precisos entre variables más delimitadas y a complejizar la comprensión de los efectos subjetivos y relacionales del diagnóstico de dependencia emocional.

- Por otra parte, se sugiere ampliar futuras indagaciones hacia poblaciones adultas, con el objetivo de establecer un contraste analítico entre juventud y adultez. Este contraste permitiría examinar cómo la mayor estabilidad vital, la acumulación de experiencias vinculares y las diversas vicisitudes asociadas a la vida amorosa inciden en la forma en que los sujetos comprenden la noción de dependencia emocional y se posicionan frente a ella en el marco de sus procesos clínicos. Asimismo, estudiar poblaciones adultas posibilitaría analizar si los efectos subjetivos del diagnóstico se configuran de manera diferente en función del momento vital, considerando que las representaciones del amor, las expectativas relacionales y los recursos simbólicos disponibles para elaborar el malestar tienden a transformarse a lo largo del ciclo vital.
- En relación al campo de la salud mental, esta investigación invita a mantener una actitud crítica respecto a los efectos del diagnóstico. Resulta necesario que los profesionales del ámbito clínico consideren la importancia de la comunicación nominal del diagnóstico de dependencia emocional, evitando reducir la experiencia juvenil, atravesada por crisis identitarias, a un rótulo psicopatológico o un cuadro clínico. Por ello, es indispensable avanzar hacia diagnósticos finos y diferenciales, que hagan permitir distinguir entre un rasgo de personalidad, un momento de crisis vital, una dinámica vincular o un trastorno propiamente dicho.
- De igual modo, se considera relevante desplazar la mirada desde un enfoque estrictamente individual hacia una comprensión relacional de la dependencia emocional. Pues los testimonios recogidos evidencian que el diagnóstico suele vivirse acompañado de sentimientos de estigma, culpa y vergüenza, en parte por una concepción, en su mayoría, que responsabiliza exclusivamente a la persona diagnosticada. Pensar estas dinámicas como fenómenos que se sostienen interaccionalmente entre sujetos, permitiría matizar la carga individualizante y abrir posibilidades de intervención más integrales. La investigación aporta en el campo de la salud mental al visibilizar el modo en que los diagnósticos impactan en la subjetividad juvenil, mostrando tanto su potencial organizador, como instrumento ambivalente.

En ese sentido, se propone fortalecer marcos clínicos que integren lo subjetivo y lo estructural, permitiendo intervenir sin reducir la experiencia del malestar a una falla personal. Desde esta perspectiva, se subraya la relevancia práctica y social de continuar problematizando la noción de dependencia emocional como

un constructo en disputa, abriendo espacios para su revisión crítica y la elaboración de intervenciones más estructuradas y contextualizadas.

- Finalmente, a partir de la discusión anterior, se plantea la necesidad de revisar el estatuto mismo de dependencia emocional como categoría diagnóstica. Dado que no existe estrictamente consenso teórico y clínico sobre su definición, se recomienda promover debates interdisciplinarios que cuestionen la noción, desde su etiología, criterios clínicos, hasta sus implicancias sociales y prácticas en los vínculos interpersonales. Ello contribuiría a clarificar los marcos conceptuales así como la intervención clínica y disminuir los efectos negativos que puede tener el diagnóstico en quienes lo reciben.

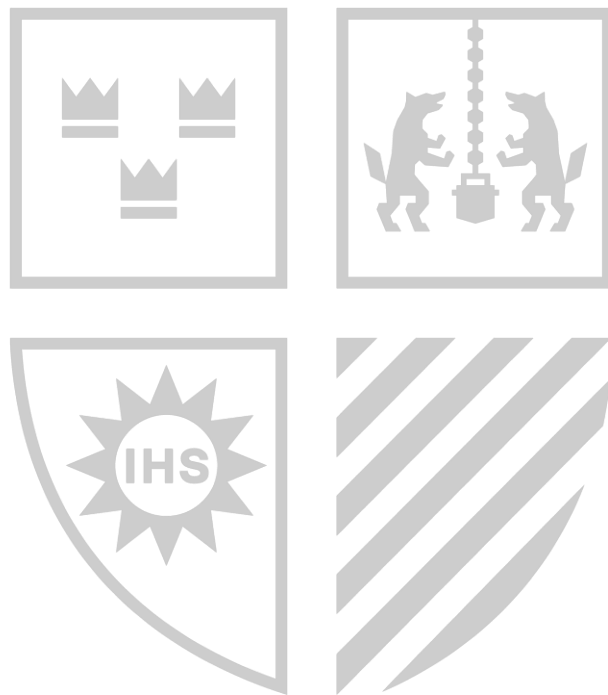


## LIMITACIONES

El reconocimiento de las limitaciones del presente estudio resulta fundamental para situar adecuadamente el alcance de los hallazgos y evitar generalizaciones indebidas. Lejos de deslegitimar los resultados, la explicitación de estas limitaciones permite comprender las condiciones bajo las cuales se produjo el conocimiento y abre, a su vez, nuevas posibilidades de profundización en investigaciones futuras.

- En primer lugar, una de las principales limitaciones de este estudio radica en la composición de la muestra. La investigación estuvo conformada casi exclusivamente por mujeres jóvenes cisgénero, lo cual restringe el alcance del análisis y limita la comprensión de las experiencias subjetivas vinculadas a la dependencia emocional en otros géneros, como varones cis e identidades disidentes. Si bien este recorte permitió profundizar en la experiencia subjetiva de un grupo específico, al mismo tiempo, abre la necesidad de contrastar estas vivencias con otros sectores poblacionales para enriquecer la comprensión de esta problemática en sus múltiples configuraciones de género.
- Asimismo, otra limitación que se hace visible es el carácter amplio de la investigación, pues abarca diversas etapas en el recorrido clínico de las entrevistadas: sus conocimientos previos al diagnóstico y motivos de consulta, las reacciones y posicionamientos ante la etiqueta, sus efectos en la identidad y autoconcepto y los cambios en la disposición actitudinal en relación con sus pares. Este aporte panorámico aporta amplitud y engloba todo el proceso cronológico, sin embargo, puede dispersar el análisis en varios frentes. No obstante, esta amplitud dialoga con la relevancia metodológica del estudio, pues, frente al predominio de investigaciones cuantitativas y psicométricas en el campo, esta investigación propuso una aproximación cualitativa que apostó por

reconstruir las trayectorias clínicas y afectivas desde las voces de sus protagonistas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, S. (2020). *Vivir una vida feminista* (T. Tenenbaum, Trans.). Caja Negra. (Original work published 2017)
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). *An attachment theory perspective on development*. En R. D. Parke & G. W. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 99–112). Lawrence Erlbaum Associates. <https://psycnet.apa.org/record/1991-97846-005>
- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista De Psicología*, 33(2), 411-437. <https://doi.org/10.18800/psico.201502.007>
- Araujo, I. La desubjetivación del Sujeto: “El arte de no haber sido”. *Revista Eikasía*. Recuperado de <https://www.revistadefilosofia.org/73-11.pdf>
- Alva Pacheco, A. M., Velarde-Camaqui, D., & Copaja-Hernández, L. Z. (2023). *Riesgo de violencia y dependencia emocional en adultos: un mapeo sistemático*. *PsiqueMag*, 12(2), 1–16. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v12i2.2341>
- Amigot, P. (2005). *Relaciones de poder, espacio subjetivo y prácticas de libertad: análisis genealógico de un proceso de transformación de género*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/5443/pall1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Allouch, J., Gallo, H., Moncayo, E., et al. (2009). *El psicoanálisis, el amor y la guerra*. Universidad de San Buenaventura cali: Colectivo de análisis lacaniano
- Allport, G. W. (1935). *Personality: A psychological interpretation*. Holt.

- Ara, C. (2012). *El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano*. *Papeles de Psicoanálisis*, 32, 54–62.
- Arcaya Noblecilla, F. B. (2021). *Dependencia emocional y depresión en estudiantes de una universidad privada en la ciudad de Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/27599>
- Arrunátegui, C. (2017). “El discurso de la autoayuda amorosa: racionalidad, machismo y Cinismo en el amor del Perú contemporáneo” [Tesis para optar el grado de magister en estudios culturales] Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9280/ARRUNATEGUI\\_MATOS\\_CAROLINA\\_ABIGAIL\\_DISCURSOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9280/ARRUNATEGUI_MATOS_CAROLINA_ABIGAIL_DISCURSOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- ATLAS.ti. (s.f.). Investigación fenomenológica. En Guía definitiva de la investigación cualitativa - Parte 2: Tratamiento de datos cualitativos. Recuperado de <https://atlasti.com/es/guias/guia-investigacion-cualitativa-parte-2/investigacion-fenomenologica>
- Audureau, J.-P. (2012). Sujeción y subjetivación: reflexiones acerca del uso de Foucault en educación. *Revista Educación y Pedagogía*, 24(63-64), 137–153. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/view/328588>
- Bauman, Z. (2003). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Berlant, L. (16 de septiembre de 2020). Leé un fragmento de «El Optimismo cruel», de Lauren Berlant. *Escaramuza*. Recuperado de <https://escaramuza.com.uy/>
- Blesa, M. B., Cobo, F., García, M., Gehrig, R., Muñoz, P., Palacios, J., & Rodes, J. (2014). *Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa* (Cuadernos Metodológicos ICUALI 1). Universidad Católica San Antonio de Murcia. Recuperado de <https://repositorio.ucam.edu/handle/10952/1097>
- Borlini, L. M. (2022). *Depresión y dependencia emocional en estudiantes de Psicología de una universidad particular de Lima*. Universidad Autónoma del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/1865>
- Bornstein, R. F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112(3), 341–362. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.3.341>
- Bornstein, R.F (1995). Active Dependency. *The Journal of nervous and mental disease*, 183 (2) 64-77.
- Braun, V., & Clarke, V. (2016). Using thematic analysis in psychology. In H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2: Research*

- designs* (pp. 57–71). American Psychological Association. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Bowlby, J. (1964). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. Basic Books.
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., De Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., & Castillo, J. A. (2018). Apego y vínculo: Una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2018/01/I.-BURUTXAGA-C.-PÉREZ-TESTOR-M.-IBÁÑEZ-S.-DE-DIEGO-M.-GOLANÓ-E.-BALLÚS-J.A.-CASTILLO.-Apego-y-vínculo..pdf>
- Cáceres Ruiz, M. G., & Ponce Delgado, R. (2023). Dependencia emocional y su relación con el riesgo suicida en adultos jóvenes. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 329–339. Recuperado de <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.247>
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Calizaya-López, J., Alemán-Vilca, Y., Carita-Choquecahua, A., Ortiz-Cansaya, S., Cervantes-Chávez, L., & Cáceres-Luna, G. (2025). Dependencia emocional e índice de violencia hacia la mujer en Arequipa, Perú. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 25(1), 82–94. Recuperado de <https://doi.org/10.21134/924>
- Camero Núñez, E. A., & Céspedes Barranzuela, Z. P. (2022). *Dependencia emocional y rasgos depresivos en estudiantes de una carrera profesional de una universidad de Piura*. Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9726>
- Castro, A. (2001). ¿Qué entienden jóvenes y adultos por “estar enamorado”? Congreso Nacional de Psicodiagnóstico ADEIP. (p. 25-38) Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645300.pdf>
- Cárdenas Sinchitullo, D., & Salazar Gutiérrez, S. G. (2020). *Dependencia emocional: Un estudio comparativo según el sexo en relaciones de pareja de estudiantes de una universidad privada de Lima* (Tesis de licenciatura, Universidad San Ignacio de Loyola). Repositorio Institucional de la Universidad San Ignacio de Loyola. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.14005/10089>
- Centro de Psicología Madrid. PSISE. Trastorno de personalidad por dependencia. Recuperado de <https://psisemadrid.org/trastorno-de-personalidad-dependencia>
- Corbo, A. (2017). Propuesta de intervención para la dependencia emocional. Superación de la dependencia tras la ruptura de la pareja. [Tesis para grado de Magister]. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680162/anguita\\_corbo\\_alba\\_tfm.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680162/anguita_corbo_alba_tfm.pdf?sequence=1)

- Daley, T. C., & Weisner, T. S. (2003). "I speak a different dialect": Teen explanatory models of difference and disability. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 408–428. Recuperado de <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.408>
- De la Cruz Muñoz, S. E., & Cuaresma Vargas, R. J. (2021). *Resiliencia y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja de 20 a 49 años de Ica* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/58992>
- De la Llana Pérez, E., Bringas León, S., & Cruzata, W. J. (2022). Identidades: Acercamiento a la identidad juvenil. *Revista de Investigación, Formación y Desarrollo*, 10(2), 70–82. Recuperado de <https://doi.org/10.34070>
- De la Villa, M., Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*. Recuperado de [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2\\_2.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2_2.pdf)
- De la Villa, M., & Sirvent, C. (2009). *Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles*. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 230–240.
- De la Villa Moral Jiménez, M., & Sirvent Ruiz, C. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia Psicológica*, 36(3), 156–166. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000300156>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Feixa, C. (2020). Identidad, juventud y crisis: El concepto de crisis en las teorías sobre la juventud. *Revista Española de Sociología*, 29(3, supl. 2), 11–26. Recuperado de <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.72>
- Fernandez-Fernandez, (2012). La patologización del deseo: apuntes críticos en torno a la coerción de la identidad y del placer. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2012000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000200002)
- Fernández, D. (2015). *La mirada médica. Revisitando la interpretación de Michel Foucault*. Medigraphic. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc154n.pdf>

- Firestone, S. (1973) La dialectica del sexo. Recuperado de <https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/Shulamith%20Fires tone%20-%20La%20dialectica%20del%20sexo.pdf>
- Flores Pacheco, F. S. (2020). *Celos, dependencia emocional y relaciones intrafamiliares en estudiantes universitarios de 18 a 25 años en Lima, 2020* (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/55625>
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo* (J. L. Etcheverry, Trad.). Amorrortu.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Amorrortu. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/21%20-%20Tomo%20XXI.pdf>
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Siglo veintiuno editores Argentina.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (A. Ibáñez, Trad.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1975)
- García Arroyo, K. E. (2019). *Dependencia emocional en varones y mujeres estudiantes de Psicología de una Universidad de Chimbote, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad San Pedro]. Repositorio Institucional, Universidad San Pedro. Recuperado de <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/13928>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). *Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- González-Jiménez, A. J. (2014). *Dependencia emocional en mujeres: una revisión de la literatura empírica*. *Psicosomática y Psiquiatría*, 5, 40–53. Recuperado de <https://www.psicosomaticaypsiquiatria.com>
- González Rey, F. (2012). La subjetividad y su significación para el estudio de los procesos políticos: sujeto, sociedad y política. En A. D. Piedrahita & P. Vommano (Eds.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (pp. 11–29). Magisterio / CLACSO. Recuperado de <https://fernandogonzalezrey.com/capitulos-de-livro/>
- Gómez, S. (2016). Representaciones sociales elaboradas por psicólogos y psicólogas sobre personas gays y lesbianas: un análisis desde los aportes de los estudios de género. [Tesis para optar por el título de Magister, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Recuperado de <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7208>
- González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas*, 4(2), 233–246. Recuperado de <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2008.0002.01>

- Gonzalez-Bueso, V. Santamaría, J. Merino, L y otros (2018). Dependencia emocional en mujeres: Una revisión de la literatura empírica. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/393274/486753>
- González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Fernández, D., & Ribas, J. (2023). Dependencia emocional en mujeres: Una revisión de la literatura empírica. *Psicosomática y Psiquiatría*, 5(1), 40–53. Recuperado de <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0506>
- González-Jiménez, A. J., & 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. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.348>
- Greenberg, M. T., & Bornstein, M. H. (1989). Attachment and psychopathology. En J. Bowlby (Ed.), *Attachment across the life cycle* (pp. 319–344). Routledge.
- Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder.
- Hirigoyen, M. (2013). *El acoso moral: El maltrato psicológico en la vida cotidiana* (E. Folch González, Trad.). Paidós.
- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Gouch, H. G., Barrett, J., Korchin, S. J., & Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610–618. Recuperado de [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4106\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4106_6)
- Homer, S. (2005). *Jaques Lacan, Una introducción*. Plaza y Valdez.
- Humphrey, N., & Lewis, S. (2008). “Make me normal”: The views and experiences of pupils on the autistic spectrum in mainstream secondary schools. *Autism*, 12(1), 23–46. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1362361307085267>
- Huws, J. C., & Jones, R. S. P. (2015). “I wouldn’t be me without it”: Identity and autism. *Disability & Society*, 30(1), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.973977>
- Illouz, E. (2012). “¿Por qué duele el amor?”. Recuperado de [https://tuxdoc.com/download/illouz-eva-por-que-duele-el-amor\\_pdf](https://tuxdoc.com/download/illouz-eva-por-que-duele-el-amor_pdf)
- Ibáñez, C y Echeburúa, E. (2015). Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742015000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100003)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). *Capítulo 1: Evolución de la población en el Perú (1940–2017)*. En *Perú: Estado de la población en el año del Bicentenario; Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional por Año Calendario y Edad Simple, 1950–2050. Boletín Especial N.º 24*. Recuperado de

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1188/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1188/cap01.pdf)

- Janin, B. (2011). *Los trastornos tempranos en la estructuración del psiquismo: la historia*. Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Jones, J. M., Jetten, J., & McGarty, C. (2015). Social identity and health: The case of the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 128, 1–8. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.014>
- Juni, S. (1979). Theoretical foundations of projection as a defense mechanism. *International Review of Psycho-analysis*, 61, 115–130.
- Kaplan, H. B. (1983). Psychological distress in sociological context: Toward a general theory of psychosocial stress. En H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research* (pp. 1–47). Academic Press.
- Kohan, A. (2019). *Psicoanálisis: Por una erótica contra natura*. Buenos Aires: Indielibros
- Laca, F. y Mejía, J. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 22. (66-75) Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161006.pdf>
- Laurent, E. (2014). La crisis post-DSM y el psicoanálisis. Recuperado de <http://latigolacan.com/wp-content/uploads/2017/05/texto-pdf-e-laurent-espance83ol-la-crisis-post-dsm.pdf>
- Lemos Hoyos, M., Londoño Arredondo, N. H., & Zapata Echavarría, J. A. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9(9), 55–69.
- Lisvesley, S. (1990). *Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review*. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(6), 511–538. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/bf01537478>
- Lombana Basanta, D. M. (2014). Sexualidad y poder en la obra de Michel Foucault (Trabajo de grado, Universidad de Cartagena). Repositorio Institucional Universidad de Cartagena. Recuperado de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/47042688-d609-4c4d-b90c-ef0a60ed382d/content>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. En T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- McLaughlin, C., & Rafferty, J. (2014). The role of psychological symptoms and social group memberships in the development of post-traumatic stress after traumatic injury. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(3), 266–274. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/a0033173>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Mogensen, S. S., & Mason, J. (2015). The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. *Psychiatry Research*, 228(3), 679–685. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.042>
- Moneta, M. (2014). Apago y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
- Montañez, P., Megías, J. (2012). Percepción de las mujeres víctimas de malos tratos sobre la asimetría de poder en la pareja y su relación con la violencia: estudio preliminar. *Anales de Psicología*, volumen 18, pp. 405- 416. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723135011.pdf>
- Mordoh, E. Mónica, G. y Lombardi, G. (2007). Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en psicoanálisis. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100038](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100038)
- Mori, A. (2025). *Dependencia emocional y su impacto en la salud mental de los adolescentes en Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional de la UNMSM. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12672/123456>
- Morgan, S. L., & Clark, M. A. (2010). Passive-submissive and active-emotional trait dependency: Evidence for a two-factor model. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 1006–1011. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.019>
- Neira García, M., Mejía Vásquez, R. M., & Farfán Rodríguez, D. J. (2021). Un estudio sobre dependencia emocional y estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Muro de la Investigación*, 6(1), 10-22. Recuperado de <https://doi.org/10.17162/rmi.v6i1.1435>
- Elias, N. (1987). El proceso de la civilización. Fondo de Cultura Económica.
- Porrás-Velásquez, N. R. (2017). *Nuevas relaciones de poder/saber en la psicología de las organizaciones: una aproximación desde Foucault*. *Revista Espiga*, 16(34), 270–285. Recuperado de <https://doi.org/10.22458/re.v17i34.1168>
- Pacheco, K. A. (2023). *Relación entre la dependencia emocional y la autoestima en estudiantes de una universidad de Lima, 2023* (Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte). Repositorio Institucional de la Universidad Privada del Norte. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11537/35570>

- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2013). Medicalizing versus psychologizing mental illness: What are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1637–1645. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0671-5>
- Ramirez, A. (2008) *Los saberes psi y las réplicas de prácticas sociales moralizantes*. Katharsis. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5527372.pdf>
- Riso, W. (2012). *¿Amar o depender?* Buenos Aires, Argentina: Emecé.
- Ribero, P., Velasco, M., y Yañez, M. (2020). Discursos amorosos, subjetividad y formas de relacionamiento de mujeres jóvenes universitarias. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/51971/Paola%20Riber%20o%20C%20Mar%20C3%ADa%20Velasco%20C%20Mar%20C3%ADa%20Y%20A1%20C3%B1ez%202020-convertido.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- O'Connor, C., Kadianaki, I., Maunder, K., & McNicholas, F. (2018). How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Social Science & Medicine*, 212, 94–119. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.011>
- Orozco [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25701w/L1PG108\\_LEC2\\_R2.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25701w/L1PG108_LEC2_R2.pdf)
- Opland, C., & Torrico, T. J. (2024). *Group therapy*. En *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK608012/>
- Roldán, A. (2010). El discurso de autoayuda y la construcción del sí mismo en las sociedades contemporáneas. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/5505/tesis518.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Roldán, A. (2020). *Procesos de subjetivación (Foucault): el caso de Don Quijote de la Mancha*. Revista internacional de filosofía y teoría social. Recuperado de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/35052/37071>
- Ruiz, R. (2015) El discurso psicoterapéutico como tecnología del yo. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/43302/25938411.pdf?sequence=6&isAllowed>
- Rusbya, J., Harris, J. M., & Tasker, F. (2013). Female interpersonal dependency: Genetic and environmental components and its relationship to depression as a function of age. *Aging & Mental Health*, 17(8), 1044–1051. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.807421>
- Sabino, C. (2010). *El proceso de investigación* (Reed. actualizada). Editorial Episteme. Recuperado de <https://www.freelibros.net/metodologia-de-la-investigacion/el-proceso-de-investigacion-carlos-sabino>

- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009)
- Sandoval, A. (2002). *Investigación cualitativa*. Instituto colombiano para el fomento de la educación superior. Recuperado de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Santamaría, J. J., Merino Gómez, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, P., López Fernández, O., & González Bueso, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con dependencia emocional. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 116, 36–46.
- Shilkret, C. J., & Masling, J. M. (1981). *Oral dependence and dependent behavior*. *Journal of Personality Assessment*, 45, 125–129.
- Spence, J. T., & Helmreich, R. L. (1978). *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates, and antecedents*. University of Texas Press.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., y Páez, D. (2014). *Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada*. Recuperado de <https://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
- Urbiola, I., Estévez, A., & Iraurgi, I. (2014). *Dependencia emocional en el noviazgo de jóvenes y adolescentes (DEN): Desarrollo y validación de un instrumento*. *Ansiedad y Estrés*, 20(2-3), 101–114. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2014.03.001>
- Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I y otros. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-dependencia-emocional-jovenes-relacion-con-S1134793716300537#bib0010>
- Vargas, A. M., Abanto, W. I., Barranzuela, L. A., & Odar Adrianzen, G. del P. (2024). Dependencia emocional en mujeres con estudios universitarios y técnico superior de la ciudad de Trujillo. *SCIENDO*, 27(2), 267–271. Recuperado de <https://doi.org/10.17268/sciendo.2024.039>
- Vera Camaca, P. J. (2019). Dependencia emocional y violencia en las relaciones de pareja en mujeres atendidas en el “Hospital de Huaycán” del distrito de Ate, Lima, 2019 (Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo). Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/45955>
- Vicuña, L., González, J., & Martínez, J. (1999). Actitudes hacia la actividad física: dimensiones y ambivalencia actitudinal. *Revista de Psicología del Deporte*, 8(2), 15–28. Recuperado

de [https://www.researchgate.net/publication/45193553\\_Actitudes\\_hacia\\_la\\_actividad\\_fisica\\_dimensiones\\_y\\_ambivalencia\\_actitudinal](https://www.researchgate.net/publication/45193553_Actitudes_hacia_la_actividad_fisica_dimensiones_y_ambivalencia_actitudinal)

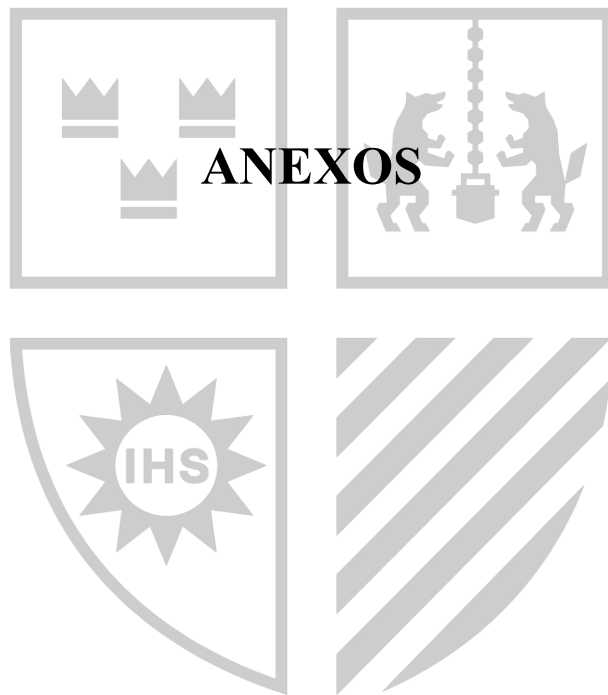
Waldman, K. (2021, marzo 26). *The rise of therapy-speak. The New Yorker*. Recuperado de <https://www.newyorker.com/culture>

Weiss, L. R. (1969). Effects of subject, experimenter, and task variables on compliance with the experimenter's expectation. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 33, 247–256.

Weiss, L. R., & Masling, J. (1970). Further validation of a Rorschach measure of oral imagery: A study of six clinical groups. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 83–87.

Yildiz, I. (2008). *Sentimientos, emociones, pasiones y síntomas: Estudios psicoanalíticos y aplicación a un caso clínico*(capítulo “A. Green”, pp. 75–82). Universidad Nacional de Colombia –Unibiblos. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/112799417/SENTIMIENTOS-EMOCIONES-PASIONES-Y-SINTOMAS-Ismail-YILDIZ>





## **ANEXO N.º 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Abril Martínez Llosa, bachiller de psicología de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, en el marco de una tesis de licenciatura. La meta de este estudio es Indagar cómo el diagnóstico de dependencia emocional en consulta psicológica incide en el proceso de subjetivación y en la disposición actitudinal de jóvenes en Lima Metropolitana.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, lo cual le tomará aproximadamente 45 - 60 minutos de su tiempo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán identificadas con un código o seudónimo y por lo tanto, serán anónimas.

Así mismo, su participación en este estudio es voluntaria y puede dejar de participar en el momento que desee sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Adicionalmente, si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si tiene preguntas adicionales sobre su participación en este estudio o quisiera acceder a los resultados de esta, puede contactar a Álvaro Álvarez al correo [alvaro.alvarez@uarm.pe](mailto:alvaro.alvarez@uarm.pe) o al teléfono 94340.....

Desde ya le agradecemos su participación.

FECHA:

HORA DE INICIO:

HORA DE FINAL:

FIRMA

## ANEXO N.º 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD

GÉNERO

LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE PROCEDENCIA

GRADO DE INSTRUCCIÓN

AÑO DE DX

ESTA EN UNA RELACIÓN

ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO

CONTINUIDAD DEL PROCESO TERAPÉUTICO

ETC



GUÍA DE ENTREVISTA:

### INICIO

Pensemos acerca de su experiencia en consulta: ¿cuánto tiempo asistió a terapia psicológica? ¿Cómo ha sido esta experiencia?

Le pediría que piense en el momento que decidió buscar ayuda: ¿Qué pasó para que se animara a acudir a ese espacio? ¿Cuál fue el motivo de consulta?

### DESARROLLO

## ÁREA 1: Experiencia diagnóstica en consulta psicológica

### EXPERIENCIAS PREVIAS:

¿Qué sabía acerca de la dependencia emocional antes de acudir a consulta?

¿Cómo se imaginaba que era la dependencia emocional?

¿Recuerda de dónde se enteró de lo que se trataba la dependencia emocional?

¿Cree que esta idea cambió yendo a consulta psicológica? Si la respuesta es sí: ¿En qué cambió?

### ENTREGA DEL DX:

¿De qué manera recibió el diagnóstico? (Fue verbal o en un informe, en consulta o en qué espacio).

Quisiera saber en qué momento del proceso psicológico le dieron el diagnóstico: ¿Fue en la primera consulta, al finalizar algunas pruebas, al intermedio de la terapia o tal vez al finalizar?

¿Le brindaron información acerca de lo que trataba su diagnóstico? ¿Buscó otras fuentes de información para comprender lo que le pasaba? (¿Por qué? ¿Cuáles fueron esas fuentes? ¿Recuerda qué era lo que buscaba o necesitaba saber?)

## ÁREA 2: Entendimiento y recepción del diagnóstico

### REACCIONES ANTE EL DX:

Quisiera que recuerde: ¿Cómo se sintió al recibir el diagnóstico? ¿Cuál fue tu reacción? (Buscar respuesta emocional).

Al enterarse de ello: ¿Se le vino algún caso, alguna persona o situación a la mente?

Ahora que ha pasado algún tiempo: ¿Cree que el diagnóstico correspondía a su experiencia?

Si responde que no o duda: ¿Por qué dudó de su diagnóstico? (Explorar)

Si responde en afirmativo: ¿El diagnóstico contribuyó a la comprensión de cómo se sentía? (Explorar)

## RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

¿Qué recomendaciones terapéuticas recibió para abordar su diagnóstico?

¿Cómo las recibiste? ¿Qué pensó o sintió mientras las recibía? ¿Pensaba que podría seguir con ellas o que le resultaría difícil llevarlas a cabo?

## EXPERIENCIA EN PAREJA

¿Cómo fue su experiencia en pareja luego de recibir el diagnóstico?

¿Tuvo dificultades al estar en pareja y seguir las recomendaciones terapéuticas? ¿Cuáles fueron?

Si la respuesta es no: ¿Se le hizo sencillo estar en una relación y cumplir con las recomendaciones? (Explorar)

## ÁREA 3: Modificaciones subjetivas y vinculares

### CAMBIOS SUBJETIVOS:

¿Qué le hizo pensar y sentir su diagnóstico acerca de la forma en la que se relaciona? (¿Hubo ansiedad, preocupación o angustia?)

¿Considera que el diagnóstico modificó la idea que tenía de sí mismo?

Si la respuesta es sí: ¿Cómo se veía o pensabas antes y cómo esto cambió luego del diagnóstico?

Si responden no: ¿Considera que sigue siendo la misma persona? ¿Esa misma persona cómo es? ¿Qué se mantuvo?

### CAMBIOS VINCULARES:

¿Cambió la idea sobre cómo debería vincularse en una relación después de recibir el diagnóstico?

Si la respuesta es sí: ¿Qué idea tenía antes de su manera de vincularse y en qué cambió? (¿Cuándo cree que sucedió ello? ¿Fue apenas recibió el diagnóstico, a lo largo de la terapia, o fuera de ella?)

Si la respuesta es no: ¿Por qué no cambió y en qué consiste ese modo de vincularse?

ÁREA 4: Efectos del diagnóstico en la disposición para establecer relaciones afectivas

EFFECTOS ACTITUDINALES DEL DX

¿El diagnóstico le hizo cambiar sus actitudes al relacionarse con su pareja?

Si la respuesta anterior es afirmativa: ¿Podría describir cómo cambió la manera de vincularse afectivamente después de recibir el diagnóstico? (Explorar un ejemplo de cómo era antes y ahora o tal vez una anécdota donde usted vio sus cambios u otra persona se los hizo notar)

EFFECTOS CONDUCTUALES DEL DX

CIERRE

¿Te gustaría compartir algo más antes de terminar?

¿Qué es lo que más te quedó de esta entrevista?

