

11782
3



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**DETECCIÓN DE CODEPENDENCIA Y FACTORES
ASOCIADOS: UNA PERSPECTIVA DESDE EL
ANÁLISIS TRANSACCIONAL**

**Tesis para optar por el Grado Académico de:
DOCTORA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

MTRA. MARÍA GLORIA ISABEL NORIEGA GAYOL



**Tutora: Dra. Luciana Esther Ramos Lira
Co-tutores: Dra. María Elena Medina-Mora Icaza
Dr. Antonio Rafael Villa Romero**

MÉXICO, D.F.

JUNIO, 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

COMITÉ TUTORAL



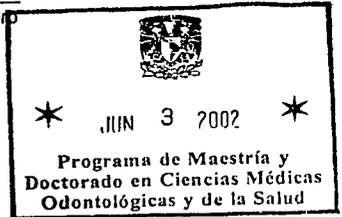
Dra. Luciana Esther Ramos Lira
Tutora Principal



Dra. María Elena Medina-Mora Icaza
Co-Tutora



Dr. Antonio Rafael Villa Romero
Co-Tutor



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍAS Y DOCTORADOS EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**DETECCIÓN DE CODEPENDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS:
UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL**

TESIS PROFESIONAL PRESENTADA POR
MARÍA GLORIA ISABEL NORIEGA GAYOL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTORA EN CIENCIAS

JURADO DE EXAMEN DE GRADO



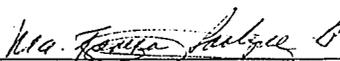
DR. LUIS ALBERTO VARGAS GUADARRAMA
PRESIDENTE



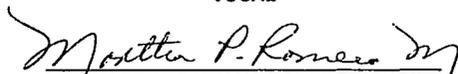
DR. HÉCTOR JUAN ANTONIO AVILA ROSAS
SECRETARIO



DRA. LUCIANA ESTHER RAMOS LIRA
VOCAL



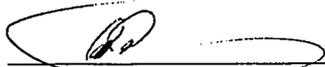
DRA. MARÍA TERESA LARTIGUE BECERRA
VOCAL



DRA. MARTHA PATRICIA ROMERO MENDOZA
VOCAL


* JUN 3 2002 *
Programa de Maestría y
Doctorado en Ciencias Médicas
Odontológicas y de la Salud

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO
SUPLENTE



DR. EDUARDO LAZCANO PONCE
SUPLENTE

México, D.F., a 16 de mayo del 2002



* .IIN 3 2002 *

**Programa de Maestría y
Doctorado en Ciencias Médicas
Odontológicas y de la Salud**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece el valioso apoyo de las siguientes instituciones y personas:

- Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México, por la beca otorgada para la realización de esta investigación.
- Personal del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, por las facilidades otorgadas para llevar a cabo este estudio, en particular a la Dra. Ma. Magdalena Zamora Zepeda y la Dra. Eloisa Dickinson.
- Personal del Instituto Nacional de Psiquiatría, como la institución sede durante mis estudios de doctorado, por todas las facilidades que me brindaron.
- A las mujeres entrevistadas en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y en el Instituto Privado de Análisis Transaccional, por su valiosa colaboración, que estoy segura será de gran utilidad para mejorar la condición de vida de muchas más.
- A la Dra. Luciana Esther Ramos Lira, con profundo agradecimiento por el valor que tuvo de emprender esta aventura conmigo en momentos de crisis y haberme aportado sus valiosas experiencias para ampliar la visión de este estudio.
- A la Dra. María Elena Medina - Mora Icaza, por todas sus enseñanzas y comprensión tanto en momentos felices como difíciles, así como por la confianza depositada en mí a través de la Maestría y el Doctorado.
- A el Dr. Antonio Rafael Villa Romero, por haberme introducido en el mundo de la epidemiología, así como por todas sus enseñanzas y valioso apoyo durante este largo periodo de mi vida.
- A mi jurado examinador: Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama, Dr. Héctor Juan Antonio Avila Rosas, Dra. Luciana Esther Ramos Lira, Dra. María Teresa Lartigue Becerra, Dra. Martha Patricia

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

Romero Mendoza, Dr. Carlos Campillo Serrano, y Dr. Eduardo César Lazcano Ponce; por haber leído mi trabajo cuidadosamente y aportarme sugerencias enriquecedoras.

- Al Dr. Fernando Wagner, por todas sus enseñanzas y prolongadas asesorías revisando mi estudio.
- A la Dra. Catalina Gonzalez Forteza, por sus asesorías y amables consejos.
- A la Mtra. Guillermina Natera, por sus asesorías y por haber compartido conmigo su experiencia de trabajo con mujeres.
- A el Mtro. Jorge Luis López Jiménez, por haberme apoyado con su experiencia durante el levantamiento de la encuesta.
- A el Dr. Paul Wright, quien a pesar de la distancia, me brindó todas las facilidades para continuar desarrollando su línea de investigación en México.
- A Georgina, mi hija, por su valiosa colaboración en la corrección de estilo del manuscrito de mi tesis y por su apoyo incondicional en todo momento.
- A Enrique, mi hijo, por su comprensión en momentos en que sólo él podía entender por haber vivido recientemente una experiencia similar a la mía.
- A Eduardo, mi pequeño nieto, por su sonrisa que me alegra la vida cada vez que lo veo.
- A el Dr. Emilio Said Diaz de la Vega, por sus enseñanzas y apoyo en la realización de este proyecto, así como en recuerdo de todos los bellos momentos que hemos vivido juntos.
- A mis pacientes, por todo lo que me han enseñado al compartir sus vidas conmigo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DETECCIÓN DE CODEPENDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS: UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL.

Resumen

La codependencia se presenta en este estudio como un trastorno en el área de las relaciones interpersonales. En su origen, este constructo se refería exclusivamente a un problema psicológico que se reproduce de manera repetitiva en las personas que conviven con un alcohólico; sin embargo, tanto los estudios recientes, así como esta investigación, describen a la codependencia como un problema multidimensional que va más allá de la problemática de alcohol de la familia. La codependencia involucra también a otros factores tales como la violencia familiar, las pérdidas afectivas tempranas y los efectos de una enseñanza de tradición cultural para las mujeres que favorece un comportamiento de sumisión en el matrimonio, por lo que resulta ser uno más de los problemas relacionados con los estudios de género que afectan la salud mental de las mujeres, como consecuencia de una desigualdad en el manejo del poder en las relaciones interpersonales con el sexo opuesto, en este caso particular en la relación con la pareja.

La teoría del análisis transaccional es utilizada en este estudio para explicar la introyección del Guión de Codependencia en los estados del yo, así como la alteración en el proceso de resolución natural de la simbiosis temprana con los progenitores que puede dar lugar a este fenómeno psicológico. Esta situación impide el pleno desarrollo de la personalidad y deja a la mujer vulnerable para involucrarse en sus relaciones afectivas de manera codependiente. Así como sucede con otros guiones de vida, el Guión de Codependencia es susceptible de ser transmitido a las generaciones subsecuentes, por medio de juegos psicológicos que se manifiestan a través de transacciones ulteriores.

Este estudio se encuentra dividido en dos fases: 1) Construcción y validación del Instrumento de Codependencia (ICOD) para mujeres mexicanas (Noriega y Ramos, 2000) y 2) Estudio de prevalencia y factores asociados a la codependencia en una muestra de mujeres mexicanas. En la primera fase se explica el proceso por medio del cual se realizaron las pruebas de validación y confiabilidad del ICOD, una prueba de tamizaje para detectar probables casos de codependencia. El ICOD elaborado de manera ad hoc para este estudio, también podrá ser de utilidad para futuras investigaciones.

La segunda fase del estudio fue llevada a cabo con mujeres (N = 830) que acuden a consulta de primer nivel en un Centro de Salud de la Ciudad de México. Por medio de un estudio transversal se obtuvo una prevalencia de 25%, posteriormente utilizando la OR como medida de asociación se obtuvieron resultados significativos analizando los siguientes factores en relación con la codependencia: probable dependencia al alcohol de la pareja (OR = 4.7), padre con problemas por el alcohol (OR = 1.9), maltrato físico de la pareja (OR = 3.6), maltrato sexual de la pareja (OR = 4.2), historia de maltrato emocional (OR = 2.3), guiones de sumisión (OR = 7.6), pérdidas afectivas tempranas (OR = 2.6) y mujer analfabeta (OR = 3.7). Las mujeres con un nivel de escolaridad igual o superior a secundaria completa presentaron un factor protector (OR = .544). También se encontró una elevada correlación entre la variable "guiones de sumisión" y las otras variables del estudio. La autora recomienda a la comunidad científica continuar investigando a fondo la codependencia, debido a que se trata de un problema de salud mental, que a pesar del daño que produce, ha llegado a ser considerado como algo "normal" por la familia y la sociedad, así como entre las mismas mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**DETECTION OF CODEPENDENCE AND ASSOCIATED FACTORS:
A PERSPECTIVE FROM TRANSACTIONAL ANALYSIS**

Abstract

Codependence is presented in this study as a disorder in the area of interpersonal relationships. Originally, this concept was used exclusively to refer to a psychological problem that occurred in a repetitive manner in people who live with an alcoholic; however as much in recent studies as in this investigation, codependence is described as a multidimensional problem that goes further than the problem of alcohol within the family. Codependence also involves other factors such as domestic violence, early affective losses, and the effects of traditional cultural teaching for women that encourages submissive behaviour within marriage. This results in codependence being another one of the problems related to gender studies that affect the mental health of women, as a consequence of the inequality in the management of power in personal relationships with the opposite sex, particularly in relations with a partner.

The theory of Transactional Analysis is used in this study to explain the introjection of the Codependence Script in the ego states, as well as how the alteration in the process of natural resolution of early symbiosis with the progenitors may give rise to this psychological phenomenon. This situation impedes the full development of the personality and leaves the woman vulnerable to involving herself in love relationships in a codependent manner. In the same way that this happens with other life-scripts, the Codependence Script is susceptible to being transmitted to subsequent generations by way of psychological games that are manifested through ulterior transactions.

This study is divided into two phases: 1) The construction and validation of the Instrument of Codependence (ICOD) for Mexican women (Noriega and Ramos, 2000) and 2) The study of the prevalence and associated factors of codependence in a sample of Mexican women.

In the first phase the process, by which the validity and reliability of the ICOD was measured, is explained. It is a screening test to detect probable cases of codependence. The ICOD was elaborated in an ad hoc way for this study, however it could also be useful for future research.

The second phase of the study was completed with women (N=830) who attended a first-level consultation in a Health Centre in Mexico City. By way of a cross-sectional study a prevalence of 25% was obtained. Later, using an Odds Ratio as a measure of association significant results were obtained analysing the following factors in relation to codependence: probable alcohol dependence in the partner (OR=4.7); father with alcohol problems (OR = 1.9), physical abuse by the partner (OR=3.6); sexual abuse by the partner; (OR = 4.2), history of emotional abuse (OR= 2.3); scripts of submission (OR= 7.6); early affective losses (OR=2.6) and the woman's illiteracy (OR= 3.7). Women with a level of schooling equal to or superior to completed secondary presented a protection factor (OR= 0.544). An elevated correlation was also found between "scripts of submission" and other variables within the study. The author recommends that the scientific community continues investigating codependence in depth, owing to the fact that it is a mental health problem which, despite the damage that it causes, has come to be considered as something "normal" by the family, by society and even among the very same women who suffer from it.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**DETECCIÓN DE CODEPENDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS:
UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL**

ÍNDICE	Página
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
1. ANTECEDENTES	4
A. Origen y evolución del constructo de codependencia	4
B. Codependencia: Un término controversial	8
1. La crítica feminista	8
2. La polémica desde el campo clínico	11
C. Perspectivas teóricas en la codependencia	14
1. La codependencia estudiada como una psicopatología individual	14
2. La codependencia estudiada como las características de personalidad que presentan los hijos adultos de alcohólicos (ACOAs).	17
3. La codependencia estudiada como un patrón en las relaciones interpersonales.	20
II. EL PATRÓN DE RELACIÓN CODEPENDIENTE	25
A. El diagnóstico de codependencia	29
III. LA CODEPENDENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.	34
A. La vulnerabilidad femenina	35
B. El estudio de la codependencia en México	40
IV. LA CODEPENDENCIA: UN PROBLEMA MULTIDIMENSIONAL	42
A. La problemática de maltrato por otros significativos	43
1. El Ciclo de Violencia y La Inhabilidad Aprendida	50
2. La Intermittencia del Abuso y El Apego Traumático	51

B. Factores afectivos: Las pérdidas afectivas en la infancia	52
1. Los efectos de la oxitocina en las relaciones interpersonales	56
C. Estructura familiar: El lugar por el orden de nacimiento entre los hermanos	58
D. Factores culturales: Guiones femeninos tradicionales	61
V. LA CODEPENDENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL	66
A. Antecedentes del análisis transaccional	67
B. Caso clínico de codependencia	69
C. La introyección de los guiones en los estados del yo	71
1. El estado del yo Padre	72
2. El estado del yo Adulto	73
3. El estado del yo Niño	73
D. El síndrome de pasividad	76
1. La simbiosis primaria	76
2. La simbiosis secundaria	79
3. Descalificación y grandiosidad	81
4. Conductas pasivas o no productivas	82
E. Los guiones de vida	84
1. Guiones individuales	84
2. Guiones por género	87
3. Guiones culturales	88
4. Guiones familiares	91
F. El Guión de Codependencia	92
G. Transmisión de los guiones de vida	95
1. Los guiones de los abuelos	96
H. Mecanismos de transmisión del guión	101
1. Las transacciones ulteriores	102
2. Los juegos psicológicos	104

3. La identificación proyectiva	107
4. La psicodinámica de transferencia	110
I. Modificación del guión	113
VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	115
A. Objetivo General	115
FASE 1: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CODEPENDENCIA (ICOD) PARA MUJERES MEXICANAS	116
A. Objetivos específicos	118
B. Definición de Codependencia	118
C. Métodos	123
FASE 2: ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA CODEPENDENCIA EN UNA MUESTRA DE MUJERES MEXICANAS	136
A. Preguntas de investigación	136
B. Objetivos específicos	136
C. Hipótesis	137
D. Modelo conceptual	137
E. Definición conceptual de variables	138
F. Definición operacional de variables	141
G. Instrumentos de medición	142
1. Cuestionario para detectar codependencia y factores asociados	142
H. Tipo de estudio	147
I. Muestreo	149
1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	150

J. Procedimiento	151
1. Entrenamiento de un equipo de encuestadores	151
2. Estudio piloto	152
3. Levantamiento de la encuesta	152
4. Captura de los datos	153
K. Consideraciones éticas	153
L. Análisis estadístico	154
1. Análisis descriptivo	154
2. Análisis bivariado	155
3. Correlación entre las variables del modelo conceptual	159
4. Análisis exploratorio de interacción	165
5. Análisis multivariado	166
VII. Resultados	168
A. Prevalencia de codependencia	168
B. Modelos Multivariados	169
C. Modelo Conceptual (Versión final)	172
VIII. DISCUSIÓN	173
IX. CONCLUSIONES	185
BIBLIOGRAFÍA	191
ANEXOS	
Anexo 1: Componentes y variables del modelo conceptual	211-214
Anexo 2: Encuesta. "Cuestionario para Mujeres".	215-235
Anexo 3: Estudio de campo.	236-242

DETECCIÓN DE CODEPENDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS: UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre alcoholismo abarcan una temática muy extensa. Es en este contexto en donde surge la codependencia, un constructo que aborda la problemática psicológica familiar y de relación con la pareja por el consumo de alcohol de personas significativas.

La prevención y tratamiento del alcoholismo y de los problemas por el abuso del alcohol, necesitan ser tratados de una manera interdisciplinaria, por tratarse de una enfermedad donde hay que considerar dos ejes independientes: el desarrollo de abuso/dependencia y los problemas derivados del consumo (Medina-Mora, 1988).

La codependencia de la esposa y los hijos, es uno de los problemas derivados del abuso en el consumo de alcohol; los factores asociados abarcan los antecedentes en la historia del desarrollo infantil de las personas involucradas con el alcohólico, la dinámica familiar y la relación con la pareja, dónde también el contexto cultural y de género representan un papel determinante.

En México, la tercera Encuesta Nacional de Adicciones (1998) realizada en una población total de 8,890 sujetos, mostró que la prevalencia para los criterios de síndrome de dependencia al alcohol en varones fue del 9.9%, mientras que en las mujeres fue de 0.6%. Con base en estos datos, Natera Rey, Borges, Medina-Mora, Solís Rojas y Tiburcio Sainz (2001), encontraron que los hombres con una historia familiar de consumo de alcohol tenían dos veces más probabilidad para desarrollar el síndrome de dependencia que aquellos sin estos antecedentes, mientras que para las mujeres, dicho síndrome se presentaba de manera similar ya fuera que tuvieran o no una historia familiar de consumo.

Tomando en cuenta estos datos, pareciera que las mujeres resultan menos afectadas que los hombres por los problemas de alcoholismo familiar. Sin embargo esta situación no siempre es así, dado que estos datos se refieren exclusivamente al consumo de alcohol, más no a los problemas asociados al alcoholismo familiar en donde la distribución por sexo es diferente. El alcoholismo de los padres funciona como un "principio de organización" que determina patrones de interacción en la familia (Brown, 1996). Es así como en toda relación gobernada por el alcoholismo, existe un alcohólico, quien suele ser el dominante y un codependiente, que es el sumiso y reactivo al dominio del bebedor (Bader, 1991).

Roehling, Koebel y Rutgers (1996) encontraron que la codependencia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Para los autores la codependencia refleja una estrategia de las mujeres basada en el estereotipo femenino para el afrontamiento de los estresores ambientales, mientras que en situaciones similares, las adicciones y los trastornos de personalidad representan una alternativa de afrontamiento más acorde con el estereotipo masculino para los hombres.

Antes que nada, es necesario enfatizar que el constructo de codependencia ha sido objeto de múltiples debates. Desde el campo clínico, los autores difieren en sus opiniones y no han podido llegar a un consenso que permita definir a la codependencia de una manera única. Desde la perspectiva feminista, se discute si la codependencia refleja una situación cultural que deriva de la desigualdad de poder existente en las relaciones entre hombres y mujeres.

Sin embargo, otros investigadores como Carson y Baker, (1994) afirman que el constructo de codependencia es útil porque permite nombrar a un conjunto de dificultades en las relaciones interpersonales, pruebas de realidad e introyecciones que frecuentemente presentan los hijos de alcohólicos o de padres abusivos, un problema muchas veces negado por las propias mujeres y por la sociedad en general.

Para las mujeres, la convivencia con una pareja que abusa del consumo de alcohol, o el tener una historia de alcoholismo familiar, parecen configurar como factores de riesgo para el desarrollo de la codependencia. Es bastante frecuente observar que las hijas de una familia alcohólica tienden a establecer en su vida adulta una relación de pareja con un enfermo alcohólico (Schuckit, Tip y Kelner, 1994; Natera, 1988).

Sin embargo, la codependencia no es un problema exclusivo de los familiares de alcohólicos. Los estereotipos por género pueden representar uno de los factores determinantes en el desarrollo de codependencia, junto con otros tales como una historia familiar de maltrato, o el maltrato por parte de la pareja (Carson y Baker, 1994; Ramos, 1998, Roehling, Koelbel y Rutgers, 1996), las pérdidas afectivas en la infancia (Soujup, 1995, Amodeo y Griffin, 1997, Simons, Lin, Gordon, Conger y Lorenz, 1999) y el ser la hija primogénita en la familia de origen (Arnstein, 1983).

En el campo de la salud mental es preciso investigar más a fondo las relaciones de codependencia, con la finalidad de determinar la prevalencia de este problema en la comunidad, además de identificar los factores asociados con su etiología, dado que produce en las mujeres frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal

Con base en lo anterior, puede decirse que el problema de la codependencia ha sido definido desde tres perspectivas: como una psicopatología individual (Cermak, 1986), como un problema de los hijos adultos de alcohólicos (Brown, 1996) y como un patrón derivado de la relación de pareja (Wright y Wright, 1991, 1999). Este estudio se encuentra basado en ésta última perspectiva, la cual permite distinguir dos tipos de codependencia: la endógena, cuando existen antecedentes en la historia familiar que predisponen el desarrollo del problema y la exógena, como una reacción ante las situaciones de extrema tensión en la relación con la pareja.

Asimismo, los factores incluidos son aquellos que han sido identificados con mayor frecuencia en la literatura y en la experiencia clínica. Sin embargo, este estudio no

pretende ser exhaustivo sino facilitar el avance en la investigación de la codependencia en líneas concretas por medio de una aportación científica que permita a futuro profundizar en la comprensión y posibles resoluciones de este problema.

Por todo esto en la actualidad es posible afirmar que la codependencia se presenta más allá del paradigma inicialmente planteado en cuanto a la problemática familiar de alcoholismo, reflejando un incompleto desarrollo en la personalidad de las mujeres, así como una aparente predisposición para permanecer involucradas en relaciones donde prevalece el abuso y la descalificación de ellas mismas.

La teoría del análisis transaccional será utilizada en este estudio para conceptualizar el problema de la codependencia desde dos perspectivas: 1) Los guiones de vida, como patrones rígidos de comportamiento producto de un incompleto desarrollo en la infancia, como consecuencia de haber crecido en situaciones que alteran el proceso de separación e individuación en las mujeres, 2) La psicodinámica de relación que se establece con la pareja derivada o no de este problema.

MARCO TEÓRICO

I. ANTECEDENTES

A. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL CONSTRUCTO DE CODEPENDENCIA

El término codependencia surgió en la década de los años cincuenta, en los Estados Unidos de Norteamérica. Su origen proviene de los grupos de Alcohólicos Anónimos, cuando los parientes de los alcohólicos en proceso de rehabilitación descubrieron que ellos también sufrían de un trastorno emocional que debería ser tratado de manera independiente. Fue así como surgieron los grupos de Al-Anón, los cuales empezaron a

multiplicarse rápidamente de tal manera que en la actualidad funcionan en casi todos los países del mundo (Al-Anón, 1981).

Al mismo tiempo que surgió Al-Anón, Joan Jackson (1954) describió las etapas por las cuales atraviesa la esposa durante el desarrollo del alcoholismo de su marido, situación similar a las etapas que representan el proceso de enfermedad definido para el alcohólico por Jellinek (1960). Anteriormente al trabajo de Jackson se pensaba que la esposa era la causa de perpetuar o reforzar el alcoholismo del marido. Jackson revirtió la causa y el efecto, al reconocer las dificultades de las esposas como una consecuencia de la manera de beber del marido, situación polarizada que no contribuye a la resolución del problema.

En 1974 el *"National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse"* (NIAAA), encabezó un estudio para conocer la problemática de los hijos de alcohólicos y organizó un primer congreso que se llevó a cabo en 1979.

Estas iniciativas dieron lugar a un movimiento popular que se desencadenó a través de libros de auto-ayuda (Beattie, 1991), congresos y medios de comunicación, en los cuales se describía un fenómeno nunca antes mencionado. Los teóricos académicos y los clínicos de todas las disciplinas simplemente no habían considerado el impacto que un individuo alcohólico podía ejercer sobre otros.

Esta perspectiva produjo un cambio en la visión individual que tenía por objeto el tratamiento del alcoholismo al enfocarlo en un sistema interactivo más amplio que involucra a la familia, modificando el pensamiento profesional en el campo de las adicciones.

En la década de los años 1980, Salvador Minuchin, Virginia Satir y otros terapeutas familiares, empezaron a emplear el término codependencia para describir a todas las personas que convivían con adictos. Al mismo tiempo, se iniciaron investigaciones para

el estudio de la codependencia desde la Teoría de Sistemas de la Terapia Familiar, las cuales modificaron el enfoque del modelo de enfermedad y exploraron sistemas dinámicos de interacción en el desarrollo de la familia alcohólica (Whitfield, 1991).

Desde la perspectiva de la terapia familiar, la literatura también se remonta al estudio de los abuelos en las familias alcohólicas (Kristberg, 1985; Cermak, 1986). Este tipo de estudios genealógicos se refieren a la predisposición de los nietos para desarrollar codependencia y/o alcoholismo cuando han sido testigos de las borracheras de alguno de sus abuelos, o cuando aún sin haber estado presentes, conocen la historia de sus padres relativas a este problema.

Potter-Efron y Potter-Efron (1989), consideran que el modelo de la familia alcohólica es un paradigma desde el cual se puede reunir información para estudiar la codependencia, dado que otros ambientes familiares pueden también producir un patrón similar, particularmente cuando se trata de familias con problemas crónicos ocultos, como en los casos de enfermedades mentales o situaciones de incesto.

En los últimos años, los investigadores también se han ocupado de este problema. Gotham y Sher (1995), encontraron que la codependencia no es un problema exclusivo de los miembros de una familia con problemas de alcoholismo, sino que se trata de una problemática que afecta mayormente a las mujeres y que puede relacionarse con otros estresores familiares, tales como la presencia en la infancia de una enfermedad física o mental en alguno de los padres (Fuller y Wagner, 2000).

En esta línea, al comparar la relación entre codependencia e historia familiar de alcoholismo, Roehling, Koebel y Rutgers (1996) encontraron que la codependencia en las mujeres se encuentra relacionada con una historia familiar de maltrato y con rasgos culturales de femineidad.

Parece ser que tanto las características de las mujeres que han sido maltratadas por su pareja (Ramos, 1998), como la problemática que presentan las que tienen una historia familiar de maltrato (Allen y Allen, 2000; Prest, Benson y Protinsky, 1998), son muy similares a las que reporta la literatura sobre el tema de codependencia, pudiendo de hecho ser el resultado de cualquier tipo de abuso físico o emocional (Mueller, 1996).

Otros antecedentes en la familia de origen parecen favorecer también el desarrollo de conductas y actitudes codependientes: las pérdidas afectivas en la infancia, como son la muerte o abandono de uno de los progenitores y la separación de los padres (Bowlby, 1986, 1990), el descuido o abandono en la infancia, la enfermedad crónica discapacitante física o mental de alguno de sus miembros (Fuller & Warmner, 2000). Los datos reportados por Meyer y Russel (1998), afirman que las dificultades que presentan las personas en el proceso de separación e individuación (Mahler, Pine y Bergman, 1975), de sus padres, se manifiestan en la vida adulta por medio de conductas codependientes.

Al respecto llama la atención los reportes existentes sobre el lugar que la mujer ocupa entre sus hermanos por el orden de nacimiento. Es frecuente que la hija primogénita de una familia alcohólica tome el papel de mamá de sus hermanos menores, o trate de compensar con actitudes de perfeccionismo la ansiedad provocada por el hecho de que alguno de sus padres se encuentre preocupado por la manera de consumir alcohol de otra persona en la familia. Esta manera de afrontar las crisis familiares la lleva a ser más vulnerable que sus hermanos para desarrollar codependencia (Arnstein, 1983).

Sin embargo, el hecho de que la codependencia sea más frecuente en las mujeres hace pensar que la influencia cultural en cuanto a los estereotipos por género, afecta en gran medida el desarrollo de conductas y actitudes codependientes (Appel, 1991; Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990). Esto se debe más allá de los problemas particulares que haya vivido o tenga cada mujer, a muchas de estas conductas y actitudes que son consideradas como algo "normal" para las mujeres en nuestra sociedad a pesar de los

problemas de salud mental y física que pueden representar para ellas (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990).

Actualmente la codependencia continúa siendo un constructo del dominio popular ampliamente manejado a través de diversas técnicas de psicoterapia. En México existen diversos grupos de Al-Anón, donde los participantes (en su mayoría mujeres) se autodenominan codependientes, también existen otros grupos con un perfil similar al mencionado, así como programas de televisión y libros de autoayuda que pretenden orientar a sus lectores para dejar de ser codependientes (Beattie, 1991, 1992, 2000; Woititz, 1998; Kasl, 2000).

Los antecedentes descritos, permiten observar como a través de los años el constructo de codependencia, originalmente ligado a los problemas derivados del consumo de alcohol de otros significativos, ha evolucionado hasta convertirse en un problema que denuncia una situación multidimensional, producto de diversos factores que perjudican y detienen el desarrollo de la personalidad en las mujeres; por lo anterior, es preciso determinar los factores asociados a la codependencia con la finalidad de esclarecer, entre otras cosas, si efectivamente se configura como un estilo particular de relacionarse con la pareja en las mujeres afectadas por este problema.

B. CODEPENDENCIA: UN TÉRMINO CONTROVERSIAL

Debido a su complejidad y a la historia de su evolución, el constructo ha dado lugar a múltiples discusiones, particularmente desde dos perspectivas: el enfoque feminista y el campo de la clínica.

1. La crítica feminista.

La literatura feminista critica el uso indiscriminado del constructo de codependencia. Las autoras fundamentan sus críticas diciendo que los estudios sobre codependencia no

toman en cuenta la realidad social y económica de las mujeres y vuelven culpables a las que en realidad son víctimas de un sistema patriarcal, tendiendo a considerar como "normas" de salud mental las características propias del sexo masculino, como el individualismo y la autonomía (Granello y Beamish, 1998, Natera, 2001).

Este tipo de reflexiones denuncian la desigual distribución de poder entre los sexos y critican el enfoque tendiente a considerar a la codependencia como una entidad patológica, debido a que éste no considera el hecho de que la codependencia refleje algunas características de lo que ha sido construido socialmente como lo "femenino" tradicional dentro de una sociedad dominada por los hombres (Anderson, 1994; Babcock, 1995; Harper, Capdevila, 1990).

Las feministas cuestionan el hecho de que las mujeres sean "por naturaleza" dependientes de las acciones de los hombres, debido a que consideran esta conducta como a una situación impuesta, por lo que proponen reorganizar las relaciones entre los géneros, desde un enfoque histórico, cultural y social (Appel, 1991; Van-Worme, 1989).

Las autoras que siguen esta línea de pensamiento, argumentan que el concepto de codependencia obedece a una "narrativa social", es decir a un comentario sobre los valores de la cultura. Ellas sugieren que los roles tradicionales masculino y femenino de dominio - sumisión, agresor- víctima, requieren ser confrontados por la misma sociedad. (Epstein y Epstein, 1990, en Brown, 1996; Gemin, (1997); Rice, (1992); Scott, (1995).

Burin, Moncars y Velazques (1990) sostienen que los conceptos de salud y enfermedad mental, en su mayoría, han sido establecidos por hombres más que por la concepción que las mujeres tienen de sí mismas. Dichos conceptos por tanto se encuentran fundamentados en formas de poder patriarcal, proponiendo así incorporar la perspectiva del género femenino para la comprensión del malestar de las mujeres y de los trastornos que denominan "psicopatologías del género femenino".

La crítica feminista también rechaza la aplicación del concepto de codependencia en las mujeres golpeadas. Frank y Golden (1992) consideran que esta postura implica una responsabilidad compartida en el abuso y sostienen que las mujeres no son responsables de la violencia de sus abusadores.

Ciertamente la mujer no es responsable de la falta de control de su marido, sin embargo, es necesario tomar en cuenta que puede presentar mayores dificultades que los varones para establecer límites y separarse de su pareja maltratadora por los patrones de género tradicionales y en algunos casos, debido a historias particulares de maltrato que las hacen aún más vulnerables.

Durante las últimas décadas, se ha incrementado el reconocimiento de los efectos destructivos de las inequidades de género y de las tensiones que afectan a las mujeres como consecuencia de la desigualdad prevalente en su estatus social y económico. Dennerstein, Atsburly y Morse (1993) argumentan que dicha situación, aceptada como "normal" por la sociedad, frecuentemente lleva a las mujeres a padecer problemas de salud mental.

A pesar de los cambios logrados en los últimos años, aún en nuestros días estos lineamientos se encuentran infiltrados dentro de la cultura y la sociedad moderna, como se observa en los casos donde se vanagloria a las mujeres por sus sacrificios y actitudes de abnegación, así como por adoptar posiciones que las sujetan a normas de regulación moral de su conducta, a pesar de los costos que pagan en cuanto a su propia salud física o mental.

Para comprender este problema es importante tomar en cuenta que para la mayoría de las mujeres, su sentido de identidad se encuentra desarrollado psicológicamente alrededor de su habilidad para mantener relaciones (Granello y Beamish, 1998), debido a que su personalidad se encuentra fundamentada en el valor que ellas le otorgan al

contacto en sus relaciones interpersonales (Gilligan, 1982), situación muy distinta a la manera como se construye el sentido de identidad en el sexo masculino.

Así pues, si bien resulta necesario tomar en cuenta que la problemática de la codependencia en las mujeres se ve afectada por los estereotipos propios de su sexo y la cultura a la que pertenecen, se requiere analizar y comprender la vulnerabilidad de algunas mujeres para establecer dinámicas de relación marcadas por el sufrimiento, el abuso y la explotación.

Sin embargo la codependencia no siempre se presenta de manera patológica, aunque la mayor parte de la literatura evita reconocer las características positivas, además de las posibilidades de desarrollo que frecuentemente se presentan en conjunto con la codependencia (Granello y Beamish, 1998). La tendencia de las mujeres para valorar el contacto con otras personas, al tiempo que las apoyan en situaciones difíciles, así como su fortaleza para afrontar problemas y relaciones difíciles, son características normales, además de predecibles para las mujeres, a la vez que pueden interferir en su vulnerabilidad e impedir un sano desarrollo como personas.

Por todo lo anterior se considera necesario el poder determinar la diferencia entre lo que es un rasgo de codependencia normal, como una característica propia del género femenino; de lo que puede llegar a ser un caso de codependencia, donde se encuentran presentes trastornos cognitivos y emocionales severos, que interfieren en la posibilidad de la mujer para establecer límites sanos en la relación con la pareja, sobre todo cuando éstos se encuentran rebasados por situaciones de abuso, maltrato o explotación.

2. La polémica desde el campo clínico.

La literatura clínica sobre la codependencia a su vez ha generado un debate a favor y en contra de la validez del constructo. Esto se debe a la falta de consenso entre los autores para coincidir con una definición, dado que algunos conceptualizan al problema como

una psicopatología individual (Cermak, 1986), otros como una adicción (Schaefer, 1986), hay quienes la ven como una serie de características de personalidad que presentan los hijos adultos de alcohólicos (Woititz, 1983/1998) y algunos más como un patrón disfuncional en las relaciones interpersonales (Wright y Wright, 1991, 1999).

Algunos autores (Beattie, 1987/1991; 1989/1992; 1990/1996; Woititz 1983/1998) han publicado una serie de libros de auto-ayuda, donde presentan su propia definición basada en la experiencia clínica y enlistan una serie de síntomas o rasgos de personalidad que han observado en sus pacientes. Aunque en su esencia estos suelen ser similares, reflejan la experiencia particular de los autores, sin contar con los fundamentos cuantitativos necesarios que permitan evaluar las hipótesis propuestas por su observación clínica.

Otro problema que se ha presentado es el de cruzar los horizontes clínicos, al generalizar la presencia de una serie de síntomas que determinan una psicopatología individual de codependencia para todos los hijos adultos de alcohólicos (Woititz, 1983/ 1998). Esto ha sucedido porque sin un fundamento empírico que determine la etiología del problema y sin una teoría del desarrollo de la personalidad que explique esta situación, se "diagnostica" como codependientes a todas las personas con dichos antecedentes familiares, sin tomar en cuenta que existen adultos que a pesar de haber sufrido por problemas de alcoholismo en su infancia, logran establecer relaciones de pareja funcionales.

Para Stephanie Brown (1996), el principal problema que ha desencadenado la evolución del término de codependencia es la sobregeneralización y la sobresimplificación del constructo, sin clarificar distinciones o entidades de diagnóstico.

Para Brown, el error consiste en haber utilizado indistintamente los términos Codependencia e Hijos Adultos de Alcohólicos (conocidos como ACOAs, por sus siglas en inglés), para referirse a las mismas situaciones, como si fueran sinónimos, por la

manera en que llegan a compartir actitudes reactivas en relación con el alcohólico. Greenleaf (1981), sugiere que se haga una distinción entre co-alcohólico y para-alcohólico para comprender los diferentes orígenes y funciones de dichas instancias reactivas.

Brown (1996), señala que los términos Codependiente y ACOA, no son intercambiables. La codependencia se refiere a un estado de la edad adulta, se trata de una reacción hostil manejada a través de un síndrome de tipo pasivo-agresivo, por medio de una actitud sumisa con la pareja; mientras que el término ACOA, se refiere al impacto sufrido en la infancia y a las consecuencias de haber crecido en un ambiente de alcoholismo familiar. Aunque exista una alta probabilidad de que los ACOAs establezcan en su vida adulta una relación de pareja con un alcohólico, o se conviertan ellos en alcohólicos, no es posible generalizar esta situación como un pronóstico de causa-efecto, porque existen otros factores que también pueden contribuir al desarrollo de la codependencia.

La literatura popular también ha dado lugar al desarrollo de diversos grupos de auto-ayuda donde, siguiendo los principios de los doce pasos de Alcohólicos y Anónimos y de Alanón, se autodenominan como "codependientes", por el simple hecho de ser hijos de alcohólicos, o de tener una pareja con problemas por su consumo de alcohol. Esta "etiqueta" que ha sido muy criticada por diversos autores porque determina que todas las personas marcadas por dichos antecedentes familiares tienen que presentar rasgos de personalidad similares (Miller, 1994). En dichos grupos se parte de un principio teórico: la codependencia como una adicción (Schaefer, 1986). De esta manera sostienen que así como el alcohólico depende del alcohol, las persona codependiente depende del alcohólico y contribuye a perpetuar el problema de alcoholismo familiar.

Una postura más que ha contribuido a la sobregeneralización del diagnóstico, es el haber definido a la codependencia como "cualquier sufrimiento o disfunción que se encuentra asociado con encontrarse enfocado en las necesidades y conducta de otras personas", sugiriendo que se trata de una característica de personalidad de todos los individuos que

proviene de familias disfuncionales (Whitfield, 1991). A través de la literatura popular, ésta situación ha dado lugar a que una gran mayoría de mujeres se sientan identificadas con un problema de identidad, como característica principal de este enfoque, sin tomar en cuenta que en muchos casos sus actitudes de compasión e interés por conservar sus relaciones son características positivas propias de las mismas mujeres.

C. PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN LA CODEPENDENCIA

En la literatura sobre codependencia se distinguen tres posturas teóricas, mismas que para efectos de diagnóstico en algunos casos pueden encontrarse relacionadas: a) La codependencia estudiada como una psicopatología individual, b) La codependencia estudiada como las características de personalidad que presentan los hijos adultos de alcohólicos y c) La codependencia estudiada como un patrón en las relaciones interpersonales.

1. La codependencia estudiada como una psicopatología individual.

Timmen L. Cermak (1986, 1991), describió a la codependencia como una enfermedad compuesta por una serie de síntomas que propuso incluir en el DSM III, bajo el rubro de Trastornos de la Personalidad, con el nombre de Trastorno Codependiente de la Personalidad (Ver Tabla 1).

Cermak (1986,1991) también comparó al Trastorno Codependiente de la Personalidad con otras entidades de diagnóstico clínico, tales como el Trastorno Narcisista de la Personalidad y el Desorden de Estrés Posttraumático. Señala que aunque estos trastornos pueden parecer similares, en realidad presentan marcadas diferencias, aunque con frecuencia se presentan en comorbilidad.

**Tabla 1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO PARA EL TRASTORNO
CODEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD.
(Traducido de Cermak, 1986, p. 11).**

- A. Continua inversión de la autoestima en tratar de controlarse a uno mismo y a los demás ante serias consecuencias adversas.
 - B. Sentirse responsable de satisfacer las necesidades de otros, excluyendo el conocimiento de las propias.
 - C. Ansiedad y distorsión de las fronteras entre la intimidad y la separación.
 - D. Involucramiento en relaciones con individuos que padecen: trastornos de la personalidad, dependencias químicas, codependencia, y/o trastornos impulsivos.
 - E. Tres o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Negación.
 - 2. Represión de emociones (con o sin explosiones emocionales).
 - 3. Depresión.
 - 4. Hipervigilancia.
 - 5. Compulsiones.
 - 6. Ansiedad.
 - 7. Abuso de sustancias.
 - 8. Ha estado (o está) siendo víctima de abuso físico o sexual recurrente.
 - 9. Enfermedades relacionadas con el estrés.
- Se ha mantenido en una relación primaria con un abusador de sustancias activo por lo menos por dos años sin buscar ayuda de afuera.

El hecho de considerar a la codependencia como una psicopatología individual, es una propuesta que ha dado lugar a una serie de estudios para investigar la validez del constructo. Por ejemplo Morgan (1991), después de realizar una amplia revisión de la literatura existente, apoyó el uso del criterio de diagnóstico operacional de Cermak (1986) y propuso a su vez que la codependencia fuese agregada en el DSM III-R, bajo el Eje II.

Años después Cieply (1995) tiró por la borda dichas propuestas al utilizar los criterios de Cermak en una investigación que tenía por objetivo probar la validez del supuesto Trastorno Codependiente de la Personalidad, al no encontrar, en un grupo de 211 mujeres, diferencias significativas entre las codependientes y las no codependientes.

Miller (1994) también cuestionó la validez del constructo y la utilidad que puede tener para las esposas de los alcohólicos el modelo de enfermedad, dado que aunque muchas mujeres se sienten identificadas con los síntomas de codependencia, aún así no se consideran enfermas. El autor sostiene que la codependencia se refiere a patrones de

afrontamiento ante las situaciones de estrés generadas en la convivencia con un enfermo alcohólico, a la vez que afirma, que el constructo es útil porque permite identificar este problema y facilitar su tratamiento. Sin embargo, menciona que el modelo de enfermedad se encuentra limitado al enfocarse únicamente a una problemática individual, por lo que propone tomar en cuenta otras visiones alternativas que incluyan los factores ambientales, familiares y sociales que también influyen de una manera psicodinámica en el desarrollo de este problema.

En Suecia, Zetterling (1999) utilizó el criterio de Cermak con algunas modificaciones, para investigar la presencia de las siguientes variables: sentimientos de aflicción, conductas de afrontamiento y bienestar psiquiátrico, en un grupo de 289 hombres y mujeres, familiares de alcohólicos. Los resultados que obtuvo demuestran que únicamente 44% de los sujetos coincidían con el criterio de codependencia propuesto por Cermak (83% mujeres y 17% hombres). Los sujetos codependientes también mostraron sentimientos de aflicción y conductas de aislamiento, a la vez que correlacionaron positivamente con depresión, síntomas obsesivos compulsivos y hostilidad.

Posteriormente para el mismo estudio Zetterling dividió a la población en tres grupos, para estudiar la eficacia de diferentes tipos de intervención: 1) Información (una sesión), 2) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento (4 sesiones) y 3) Apoyo grupal (12 sesiones). Después de un seguimiento de doce meses se observaron cambios significativos en los dos grupos de tratamiento más prolongado, los cuales mostraron una reducción significativa de síntomas psiquiátricos ($p = 0.1$), aunque no hubo diferencias en los estilos de afrontamiento y en los sentimientos de aflicción, por lo que los resultados cuestionan el diagnóstico propuesto.

2. La codependencia estudiada como las características de personalidad que presentan los hijos adultos de alcohólicos (ACOAs)

El término ACOA (*Adult Children of Alcoholics*), empezó a ser utilizado en los Estados Unidos a finales de los años 1970, en los escenarios clínicos de la terapia familiar desde un enfoque sistémico (Brown, S. 1996). Desde esta perspectiva teórica se propone que la codependencia, al igual que el alcoholismo, corre por familias como un problema que se transmite de una generación a otra, donde uno de los padres es el alcohólico y el otro el codependiente.

Kristberg (1985) y Wegscheider Cruse (1989), consideran que se trata de un problema que va permeando poco a poco la personalidad; los hijos en las familias alcohólicas se "acostumbran" - por decirlo de alguna manera - a vivir en medio del caos y el conflicto, de tal modo que aumentan las probabilidades de que cuando crezcan y se conviertan en adultos (hijo adulto de alcohólico), repliquen la historia familiar, ya sea convirtiéndose en alcohólicos, o estableciendo una relación de pareja con una persona alcohólica, algunas veces hasta por varios matrimonios consecutivos.

Este concepto fue planteado desde hace varios años por la literatura popular (Black, 1981; Kritisberg, 1985) y ha sido objeto de diversos estudios, algunos apoyan la hipótesis de la transmisión generacional de la codependencia (Lyon, Greenberg, 1991; Prest, Benson, Protinsky, 1998; Schuckit, Tipp, y Kelner, 1994) y otros más que la rechazan (Belliveau, Stoppard, 1995).

En la década de 1980, el movimiento popular realizó un movimiento inapropiado, llevando los temas de historias de una infancia en común, a un diagnóstico individual para adultos, basado en una clasificación de rasgos de personalidad compartida (Woitz, 1983). Aunque dichas características fueron muy bien recibidas por el público en general, reflejan la sobresimplificación y sobregeneralización que caracteriza al campo popular.

Según Woititz, los ACOAs suelen compartir un tipo similar de historia familiar, caracterizada por temas tales como: inversión de roles en la familia, experiencias traumáticas, caos familiar, ambiente de inseguridad, experiencias de abandono emocional, situaciones de abuso físico, emocional o sexual, hipervigilancia, negación y vergüenza (Black 1981; Gravitz, Bowden, 1985; Kritsberg, 1988; Brown, 1996.)

En un estudio realizado por Havey, Boswell y Romans (1995), las siguientes 13 características de personalidad propuestas por Woititz (1983/1998) para los hijos adultos de alcohólicos (Ver Tabla 2), no mostraron diferencias significativas con los No ACOAs.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS HIJOS ADULTOS DE ALCOHÓLICOS
Janet G. Woititz (1983)

1. Los hijos adultos de alcohólicos tienen que adivinar cual es la conducta normal.
2. A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo llevar un proyecto a término.
3. Los hijos adultos de alcohólicos mienten cuando sería igual de fácil decir la verdad.
4. Los hijos adultos de alcohólicos se juzgan sin piedad.
5. A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo divertirse.
6. Los hijos adultos de alcohólicos se toman muy en serio a sí mismos.
7. A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo mantener relaciones íntimas.
8. Los hijos adultos de alcohólicos reaccionan de modo exagerado a los cambios sobre los cuales no tienen dominio.
9. Los hijos adultos de alcohólicos constantemente tratan de obtener aprobación y afirmación.
10. Los hijos de alcohólicos generalmente se sienten diferentes de otras personas.
11. Los hijos adultos de alcohólicos son super responsables o super irresponsables.
12. Los hijos adultos de alcohólicos son extremadamente leales, incluso ante pruebas de que tal lealtad no es merecida.
13. Los hijos adultos de alcohólicos son impulsivos. Tienen a involucrarse en un curso de acción sin pensar seriamente en otras conductas o en las posibles consecuencias. Esta impulsividad los conduce a la confusión, a la aversión a sí mismos y a la pérdida del dominio sobre su entorno. En consecuencia destinan muchísimo tiempo para arreglar los estropicios.

Claudia Black (1981), llevó a cabo otro estudio con niños pequeños viviendo con un padre alcohólico y observó su evolución hasta la vida adulta. De ésta manera logró definir tres reglas de rigidez características de los hogares alcohólicos: no hables, no confíes y no sientas. Wegsheider (1981) se basó en Black, para abordar el mismo problema de rigidez desde el enfoque de la teoría de sistemas familiares, describiendo los siguientes roles que los niños asumen para mantener la homeostasis dentro del

ambiente familiar donde conviven con un padre alcohólico: el facilitador, el héroe, el chivo expiatorio, el niño perdido y la mascota.

Otros autores han identificado rasgos en común entre los ACOAs tales como: insatisfacción con su vida (Hall., Bolen, Webster, 1994), propensión a la depresión y a los sentimientos de vergüenza (Jones, y Zalewski, (1994), vulnerabilidad para una escaso desempeño académico en los adolescentes (Mc. Grath, Watson, y Chassin, 1999), dificultades de individuación (Transeau, Eliot, 1990), neuroticismo y alto riesgo para desarrollar alcoholismo (Martin, Sher, 1994).

Ullman y Orenstein (1994), después de realizar una revisión de la literatura existente, encontraron apoyo para sostener como hipótesis la relación entre un padre alcohólico y poderoso y la posibilidad de que el hijo se convierta en alcohólico. Los autores sostienen que los niños y los adolescentes tienen mayor probabilidad de emular a su padre identificándose con el padre poderoso, con la finalidad de aprender a través de este proceso que ellos también pueden serlo. Los autores explican este fenómeno como un proceso inconsciente en que el hijo, para evitar sentirse vulnerable ante las actitudes agresivas de su padre, busca tomarlo como ejemplo y actuar como él a pesar de no estar de acuerdo con su conducta, con la finalidad de defenderse y superar sus sentimientos de desesperación.

Para investigar la posible relación entre haber tenido padres alcohólicos y tener un esposo(a) con un diagnóstico similar, Schuckit, Tipp y Kelner (1994), realizaron un estudio con 708 hombres y 708 mujeres, encontrando que las hijas de padres o madres con problemas de alcoholismo eran dos veces más propensas a casarse con un alcohólico que las hijas cuyos padres no presentaban este problemas. En la misma muestra se encontró que las hijas de alcohólicos no mostraron inclinaciones por tener un esposo con otro síndrome psiquiátrico. A su vez, los hijos varones de alcohólicos, al ser comparados con los hijos de no alcohólicos, no mostraron tendencias significativas para casarse con una mujer alcohólica.

Sin embargo, Brown (1996) señala que la situación de los ACOAs, no debe ser vista desde una perspectiva de causa-efecto, aclarando que algunas de estas personas, lejos de desarrollar actitudes patológicas, desarrollan habilidades para enfrentar la vida de una manera saludable, considerando que sería un error diagnosticar como patológicas las conductas de seres humanos sensibles y generosos, que además presentan una gran habilidad de supervivencia.

3. La codependencia estudiada como un patrón en las relaciones interpersonales.

Wright y Wright (1990,1991,1995,1999), han desarrollado una teoría alternativa para el diagnóstico de codependencia, enfocada en las características de las relaciones codependientes que pueden presentarse como un patrón de relación, más que en las características de la persona codependiente.

Los autores, iniciaron un programa de investigación enfocado en identificar y medir las características esenciales de las relaciones codependientes. Iniciaron su estudio tomando como base dos instrumentos diseñados para medir codependencia como un síndrome de personalidad: el *"Codependency Assesment Inventory"* (Friel, 1985) y el *"Spann-Fischer Codependency Scale"* (Fischer, Spann y Crawford, 1991), además de investigar a fondo la literatura clínica sobre codependencia y realizar entrevistas con terapeutas especializados en adicciones. El objetivo de estos investigadores ha sido el poder arribar a un consenso que permita definir las características observadas en las relaciones codependientes.

Tomando como base sus propias investigaciones, Wright y Wright (1990) agregaron un instrumento construido y estandarizado por ellos mismos, denominado *"Acquaintance Description Form"*, una versión adicional de codependencia (ADF-C2).

Para probar su validez, el ADF-C2 fue aplicado junto con otro instrumento desarrollado por Friel (1985) a una muestra de 49 mujeres y 19 hombres, que tenían una relación de pareja de más de dos años con una persona adicta al alcohol o a sustancias y que

estaban por iniciar un tratamiento para la codependencia. El grupo control fue conformado por 39 mujeres y 30 hombres con una relación de pareja por más de dos años donde no se presentaban este tipo de problemas.

Las variables de ambos instrumentos fueron comparadas en los dos grupos por medio del método Bonferroni; los resultados obtenidos para las escalas del ADF-C2 marcaron diferencias significativas ($p < .05$) entre el grupo experimental y el grupo control en las escalas de ambos instrumentos. El análisis factorial del ADF-C2 arrojó escalas con coeficientes alpha aceptables ($> .60$).

Los resultados apoyaron la hipótesis de que los codependientes mantienen fuertes compromisos con sus parejas, a pesar del estrés, sufrimiento y falta de compensación en estas relaciones. Los codependientes manifestaron que sus relaciones eran difíciles de mantener, carentes de seguridad y en general las evaluaron de manera desfavorable; a pesar de esto no mostraron un menor compromiso en la relación que las parejas del grupo control. Las mujeres mostraron una mayor identificación con el patrón de codependencia clínicamente identificado a través de las siguientes características: una excesiva dependencia de la pareja en relación a su sentido de auto-valoración, una tendencia a tratar de controlar a la pareja y un exagerado sentido de responsabilidad por la pareja con la convicción de tener que rescatarlo y ser una influencia predominante en su cambio.

Las mujeres codependientes mostraron las cinco características esperadas: control, exagerada responsabilidad, dependencia de la pareja para su sentido de auto-valoración, orientación rescatadora y orientación para el cambio. Los hombres codependientes mostraron dos: control y exagerada responsabilidad.

La teoría desarrollada por estos autores identifica cuatro factores con un conjunto de características propias de los patrones de relación codependiente, típicamente expresadas en las relaciones de pareja disfuncionales (Ver Tabla 3):

Tabla 3: Características y conductas expresadas en las relaciones con parejas disfuncionales

(Wright y Wright, 1991).

1. Emoción y reto:

Considerar a los problemas con la pareja como una fuente de estimulación y reto personal.

2. Absorción del propio ser en la relación:

Autovaloración dependiente de las actitudes de la pareja.

Miedo al abandono de la pareja.

Celos y resentimiento cuando la pareja se encuentra contento con otras personas.

3. Control y Responsabilidad:

Intentar controlar a la pareja.

Exagerado sentido de la responsabilidad.

Orientación rescatadora hacia los demás.

Interés por cambiar a la pareja.

4. Negación:

Externalización de la culpa, atribuyendo todos los problemas de la relación a la pareja.

Minimizar las dificultades y problemas con la pareja.

Expectativas positivas no realistas sobre la relación.

Para Wright y Wright (1991), el concepto de codependencia, a pesar de las controversias que ha suscitado, y precisamente por eso, constituye un área de la psicología clínica cuya investigación resulta ser de inminente interés. Los autores afirman que la codependencia se presenta como un síndrome de personalidad similar al amor adictivo (Norwood, 1985), situación que no siempre permite establecer con claridad un diagnóstico de psicopatología individual. Es así como presentan un punto de vista alternativo enfocado en las características de las relaciones codependientes, en lugar de abordar el problema desde un enfoque individual.

Tomando como base los datos obtenidos por sus investigaciones, así como sus observaciones clínicas, Wright y Wright (1995), arribaron a la siguiente definición: "Un codependiente es la persona involucrada en una relación con una pareja explotadora, irresponsable o destructiva, a quien él o ella responden con sobreprotección y cuidados defensivos" (p. 126).

Los resultados de las últimas investigaciones realizadas por Wright y Wright (1999), continúan apoyando las observaciones clínicas de que efectivamente existe un patrón de relación disfuncional que justifica el constructo de codependencia. Los autores señalan que en algunos casos, más no en todos, puede también existir un síndrome de personalidad codependiente, por lo cual consideran la existencia de dos tipos de codependencia: la endógena y la exógena, cuyas diferencias serán explicadas en el apartado que se refiere al patrón de relación codependiente.

Wright y Wright, (1995) consideran que el estudio de la codependencia representa un desafío por dos razones:

1. Porque es altamente controversial, dado que en un extremo se encuentran múltiples teóricos que promueven el concepto, no únicamente como una categoría de diagnóstico, sino también como "un nuevo paradigma emergente en las ciencias de la salud y en el bienestar de la humanidad" (Whitfield, 1991, p. 199). En el otro extremo, diversos críticos discuten que el concepto de codependencia no tiene ningún valor y algunos hasta llegan a considerarlo devaluante y destructivo.
2. El concepto de codependencia como se había venido definiendo y aplicando conceptualmente resultaba ser un blanco para las críticas, no siendo así el fenómeno de relación codependiente al que se refiere este estudio. Sin embargo todavía se requiere de clarificar una serie de factores con las cuales se encuentra traslapado en las relaciones interpersonales.

Existen algunos otros estudios sobre relaciones codependientes. Williams, Bissell y Sullivan (1991), con una muestra de médicos y enfermeras, auto-identificados como codependientes, por la manera como se involucran con sus pacientes adictos, reportaron que sus actitudes de codependencia por momentos llegaban a interferir seriamente en el

tratamiento de los pacientes, y recomendaron que el entrenamiento para profesionales en salud mental incluyera el concepto de codependencia y no únicamente el tratamiento de las adicciones.

En otro estudio, Lyon y Greenberg (1991) encontraron que las hijas de padres alcohólicos, en contraste con los controles cuyos padres no tenían este problema, se comportaban de manera "codependiente" al aceptar donar mayores cantidades de su tiempo en ayudar a investigadores hombres a los que después reportaron haber percibido como abusivos y explotadores, que en ayudar a los que percibieron como "buenas personas".

Spann y Fischer (1990) por su parte, definen a la codependencia como "una condición psicosocial que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de relación con otras personas". Con base en esta definición, construyeron un instrumento denominado "*Spann Fisher Codependency Scale (SFCS)*", el cual a pesar de su definición sigue siendo utilizado para evaluar a la codependencia como un problema de psicopatología individual. Sin embargo se tiene conocimiento de que Fisher y Crawford (1992), utilizaron el SFCS en un estudio sobre estilos de parentalización, encontrando que los estudiantes de universidad - tanto hombres como mujeres - que percibían a sus padres como autoritarios, mostraban una tendencia a calificar más alto en codependencia.

A pesar de que algunas de las críticas en contra del constructo de codependencia sugieren abandonar el concepto, Wright y Wright (1999) han decidido retomarlo con la finalidad de investigar algunos de los argumentos controversiales a través de una investigación sistematizada. A pesar de la polémica que ha despertado, la codependencia permanece en el interés de un número apreciable de investigadores y académicos (Carson y Baker, 1994; Hinkin y Kahn, 1995; Loughhead, Spurlock y Ting, 1998; Springer, Britt y Schlenker, 1998).

Wright y Wright (1999) consideran que todavía falta mucho por investigar sobre los diferentes enfoques de la codependencia en general, así como para probar y clarificar su perspectiva teórica. Los autores sugieren como siguiente paso el evaluar la unicidad de la relación codependiente como una relación "patológica", comparando a las personas identificadas como codependientes con otro(s) grupos en que los sujetos no se encuentran expuestos a una relación donde existan abuso de sustancias o maltrato por parte de la pareja.

II. EL PATRÓN DE RELACIÓN CODEPENDIENTE

El presente estudio sigue la línea de investigación propuesta por Wright y Wright (1990,1991,1995,1999), debido a que éste modelo, sin atravesar horizontes teóricos, resulta ser incluyente e integrativo desde el punto de vista clínico, más que excluyente como los otros dos modelos teóricos que se discutieron con anterioridad.

Como resultado de sus últimas investigaciones, Wright y Wright (1999) proponen enfocar la investigación actual sobre las características de una relación codependiente, en lugar de, ó además de, tomar en cuenta la personalidad individual codependiente. Consideran que es más importante determinar el tipo de actitudes y conductas codependientes que se expresan en una relación específica, además de la frecuencia con que se manifiestan, más que determinar el grado de personalidad codependiente.

Aunque la codependencia puede desarrollarse en ambos sexos, el presente estudio se encuentra enfocado exclusivamente en investigar la manera como la codependencia se presenta en el género femenino, dado que para ellas es mayor la vulnerabilidad por el papel que representan en nuestra sociedad dada su condición de género.

El estudio de la codependencia desde el enfoque de un patrón de relación disfuncional, permite analizar este problema en las relaciones de pareja de dos maneras: como una reacción natural al hecho de convivir con una persona problemática, tal es el caso del

abuso en el consumo de alcohol por parte de la pareja; y como una predisposición a la codependencia que algunas mujeres pueden llegar a presentar por los antecedentes de su historia familiar, dónde además pudo haber ocurrido una alteración en el desarrollo normal de su personalidad.

Wright y Wright (1999) señalan que algunos individuos involucrados en relaciones cercanas con parejas problemáticas o disfuncionales, llegan a permanecer comprometidos con ellos al extremo de organizar sus vidas alrededor de las supuestas necesidades, intereses, bienestar y buena reputación de la pareja, a expensas de no lograr estos beneficios para ellos mismos.

Estos autores consideran que en algunos casos la codependencia surge como un conjunto de características de personalidad internalizadas a través de la convivencia en una familia disfuncional. Mientras que en otros, la relación codependiente representa un esfuerzo esencialmente "normal" del individuo para ajustarse a una pareja extremadamente difícil y a situaciones de vida complicadas.

Es así como, desgraciadamente algunos individuos con un fuerte sentido de lealtad y compromiso en sus relaciones, pueden llegar a verse involucrados en una relación codependiente, en donde tienden a expresar sentimientos de compasión, actitudes de cooperación y demuestran un sentido de preocupación y responsabilidad por el bienestar de las otras personas. Esto puede llegar a suceder cuando se tiene como pareja a un enfermo alcohólico, o a otro tipo de persona que manipula a la pareja con problemas similares.

Dicha situación con frecuencia es el caso de muchas mujeres y de algunos miembros de grupos étnicos, como los hispanos o asiáticos, cuya cultura promueve dichos valores. Otros sujetos vulnerables, son los individuos con antecedentes de una familia disfuncional que mantienen una visión distorsionada de lo que puede y debe ser una

relación cercana, aunada a una auto-percepción devaluada de sí mismos (Wright y Wright, 1995).

Esta teoría sostiene que así como la codependencia se presenta a través de la relación con una pareja problemática y disfuncional, al mismo tiempo sirve como fundamento para establecer una situación que permite definir una identidad personal, es decir un rol que la mujer codependiente adquiere a través de asumir una relación complementaria con la pareja.

Este proceso de adquirir una identidad personal por medio de la relación con la pareja se explica a través de dos conceptos: la auto-presentación y la alternancia con la pareja. La auto-presentación se refiere a la valoración que la familia y la sociedad le otorga a las mujeres por tener una relación de este tipo. La alternancia se refiere al hecho de que ella adopte una actitud rescatadora del compañero, misma que conlleva un sufrimiento personal que le da sentido a la vida.

Este problema es frecuentemente abordado en la literatura sobre codependencia. Es así como el Consejo Nacional de Codependencia (citado por Whitfield, 1991) presenta la siguiente definición: "Una conducta aprendida, expresada por dependencia hacia las personas y cosas fuera de uno mismo, estas dependencias incluyen descuido y menosprecio de la propia identidad. El falso ser que emerge es frecuentemente expresado a través de hábitos compulsivos, adicciones, y otros trastornos que adicionalmente incrementan una alineación de la propia identidad y fomentan una sensación de vergüenza" (p. 10).

La dificultad para definir la propia identidad ha sido estudiada como la psicopatología que surge de las dinámicas familiares que experimentaron en su infancia los hijos adultos de alcohólicos (Transeau, Eliot, (1990). Gordon y Barret (1993, citados por Gotham y Sher, 1995), sostienen que el hecho de vivir involucrado en los problemas de otras personas, produce un impedimento en el proceso natural de separación e individuación (Mahler,

Pine y Bergman, 1975). Esta situación es cada vez más frecuente en los tiempos actuales, debido a las dificultades que experimentan los niños al no poder disolver la simbiosis con sus padres de una manera progresiva y oportuna, dado que se ven forzados a crecer y comportarse como adultos cuando aún no han logrado completar sus etapas de desarrollo infantil.

Cowan, Bommersbach y Curtis (1995), desde el punto de vista feminista, estudiaron la dificultad de percibir la propia identidad en relación con la desigual distribución de poder en las relaciones. En un estudio con 122 estudiantes de ambos sexos, ellos encontraron una correlación altamente significativa entre los puntajes elevados de codependencia y el percibirse a sí mismos con falta de poder en sus relaciones. Éstos sujetos también reportaron una dificultad para tomar decisiones, expresar directamente sus deseos y necesidades con la pareja, así como una sensación de pérdida de su propio ser.

Wright y Wright (1991, 1999) afirman que las personas involucradas en una relación con una pareja hábil para manipular y explotar esta alternancia de roles, como suele suceder cuando la pareja se comporta de manera abusiva bajo los efectos del alcohol, tienen una alta posibilidad de convertirse en codependientes. Sin embargo, puntualizan que hay algunas personas que presentan mayor predisposición o vulnerabilidad personal por su historia familiar para relacionarse de esta manera.

La teoría de Wright y Wright propone la existencia de dos diferentes tipos de relaciones codependientes: la endógena y la exógena, las cuales dan lugar a patrones similares, más no idénticos de relaciones codependientes.

La codependencia endógena se refiere a la predisposición para desarrollar codependencia que puede existir en los sujetos con antecedentes de una historia familiar de alcoholismo y a la posibilidad de que éstos se involucren con una pareja que abusa del consumo de alcohol.

La codependencia exógena, corresponde a la reacción de un sujeto ante la problemática de convivir con una pareja que abusa del consumo de alcohol, independientemente de que haya tenido o no antecedentes de alcoholismo en su familiar de origen.

Este enfoque teórico permite estudiar a la codependencia en alcoholismo desde las dos perspectivas teóricas que describe la literatura sobre el tema: el problema de los hijos adultos de alcohólicos y el problema de tener una pareja que abusa del consumo de alcohol (Brown, 1996); además permite abrir la posibilidad para investigar otros posibles factores asociados con la codependencia.

A. EL DIAGNÓSTICO DE CODEPENDENCIA

Como ya se mencionó, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1995), no se encuentra una descripción de la codependencia. Martín (1992), explica esta situación diciendo que aún no se ha podido encontrar un trastorno de personalidad consistentemente identificado, dado que al parecer la codependencia se refiere a patrones de conducta que pueden ser indicativos de mecanismos de respuesta adaptativos en relaciones interpersonales y a individuos con conductas disfuncionales, pero que no representan un síndrome clínico.

Sin embargo el DSM-IV, ahora contiene un nuevo apartado denominado Problemas de Relación, dónde se encuentran enunciadas las siguientes categorías de diagnóstico, mismas que en algunos casos pueden encontrarse relacionadas con un problema de codependencia: Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (V61.9), Z63.8 Problemas paternos-filiales (V61-20), Z63.0 Problemas conyugales (V61.1), F93.3 Problema de relación entre hermanos (V61.8) y Z63.9 Problemas de relación no especificado (V62.81).

En una entrevista realizada por Janine Rodiles (2001), el Dr. José Antonio Elizondo informa que la Asociación Psiquiátrica Americana formó hace cuatro años una comisión

para recabar información que permita clasificar a la codependencia como una enfermedad. El afirma que la codependencia se presenta en sujetos con diferentes trastornos de la personalidad y se manifiesta a través de una constante interacción entre dos personas, por lo que no se trata de una enfermedad individual, sino de un problema de relación, que afecta mayormente a las mujeres, dónde intervienen factores socioculturales debido a que vivimos en una sociedad patriarcal.

El Dr. Elizondo, quién participa en esta comisión, considera la posibilidad de incluir la codependencia en el DSM-5 que será publicado antes del 2004. El afirma que este suele ser el proceso natural de la historia de las enfermedades, dónde por lo general la sociedad civil denuncia un problema de salud adelantándose a la medicina, como ocurrió con el alcoholismo y otras enfermedades que posteriormente deben de estudiarse para ser aceptadas por la ciencia.

Cermak (1986), dice que en la codependencia se confunde la cercanía con la sumisión y la intimidad con la fusión. Conforme se va involucrando en una relación, la persona codependiente tiende a tomar como propios los valores, deseos, sueños, características, y hasta los sistema de negación del otro. Es así como el codependiente se convierte en un espejo, que experimenta como propio el dolor de la otra persona, en lugar de sentir empatía por el dolor del otro, dado que presenta una dificultad para establecer límites entre sí mismo y el mundo que le rodea, característica en que coincide con el Trastorno Límite de la Personalidad. Este autor considera que en algunos casos la diferenciación clínica entre éste trastorno y la codependencia puede ser difícil. Sin embargo, la diferencia radica en que al paciente con un Trastorno Límite le falta la fuerza yoica suficiente para mantener sus límites estables sin el apoyo de recursos externos. Por el contrario, la persona codependiente si posee la fuerza del yo necesaria para establecer límites, pero se descalifica a si misma con tal de reforzar su conexión con otras personas.

La codependencia también ha sido comparada por Cermak (1986) con el Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD), debido a que la hipervigilancia es un rasgo que ambos

diagnósticos comparten. Efectivamente, muchos de los niños y adultos que viven en hogares donde existen problemas de adicciones y después de un episodio de violencia familiar, pueden llegar a presentar este trastorno. Sin embargo no se trata de lo mismo, sino de dos problemas que se pueden presentar de manera simultánea.

Para Cermak (1986), la codependencia se presenta en muchas ocasiones como una patología complementaria a la personalidad narcisista. Él sostiene que el sujeto con un trastorno narcisista, aparte de considerarse a sí mismo como superior a otros, presenta dificultades para establecer relaciones de apego y de contacto humano, a excepción de cuando ve sus propios rasgos de personalidad reflejados en otro. El autor defiende su postura de incluir a la codependencia en el DSM III R, diciendo que los rasgos de personalidad que se presentan en la codependencia son complementarios del narcisismo y son capaces de producir suficiente intensidad y rigidez como para crear una disfunción objetiva.

Para ilustrar este concepto, Cermak compara a la mujer codependiente con Eco, la ninfa enamorada de Narciso, en la mitología griega, relato que se encuentra en la *Metamorfosis* de Ovidio. En esta historia, Eco repetía todo lo que Narciso decía mientras admiraba su figura en un estanque. Al escuchar esto, Narciso tuvo miedo de perder su poder al ceder en sus sentimientos de amor hacia Eco, que no eran más que un espejo de lo que él se decía a sí mismo. Para evitar sentirse vulnerable rechazó a Eco, quien a pesar del desprecio de Narciso, siguió repitiendo sus palabras vagando entre las montañas.

Algunos estudios más se han llevado a cabo para comparar el Trastorno de Codependencia con otras entidades nosológicas.

Whitfield (1990), hace notar que tanto el trastorno de la personalidad por dependencia (301.60), como el trastorno por evitación (301.82) pueden llegar con frecuencia a confundirse con la codependencia.

Sin embargo, el trastorno de la personalidad por dependencia es diferente a la codependencia, porque en el primero los comportamientos de sumisión y adhesión, así como los temores de separación, se encuentran motivados por una necesidad exagerada de que otras personas se ocupen de ellos; mientras que la persona codependiente es ella misma quien se ocupa de los demás, muchas veces sin tomar en cuenta que los otros no se ocupan de él o de ella.

Por otro lado, el trastorno por evitación, coincide con la codependencia en que ambos se caracterizan por presentarse como un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad, e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Sin embargo, difieren en que en el primero el sujeto evita realizar trabajos o actividades por miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo, mientras que la persona codependiente generalmente se mantiene activa y resulta ser muy capaz, muchas veces haciendo más de lo que le corresponde, pues suele hacerse responsable de las tareas de otras personas.

Charder (1994) evaluó el constructo de codependencia aplicando dos escalas de diagnóstico - el *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* y el *Spann-Fischer Codependency Scale* - a individuos en terapia de grupo que se auto-identificaban como codependientes, encontrando similitudes con el Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad y con el Trastorno de Personalidad por Evitación.

Bird (1996), comparó a la Codependencia con el Trastorno Límite de la Personalidad (Borderline) y sostiene que al parecer existe un área, que se refiere a la labilidad emocional, por miedo al abandono de la pareja, en que ambos diagnósticos se encuentran traslapados. Sin embargo, la validez externa del estudio queda en duda, debido a que el autor reporta que los clínicos a cargo de realizar la evaluación de los pacientes, a menudo mostraron una falta de claridad y confusión al identificar ambos diagnósticos.

Mueller (1996) puso en duda la validez del constructo sosteniendo que los rasgos de codependencia, pueden ser en realidad una forma de neurosis no especificada de los

hijos y familiares de bebedores problema, la cual también se puede presentar en otras situaciones, como una manera de respuesta del individuo a las reglas opresivas de su ambiente.

En un estudio realizado por Roehling y Gaumond (1996), se examinó la validez de convergencia y discriminación de la codependencia, comparando en una muestra de 42 pacientes de psicoterapia, los puntajes obtenidos por el "*Codependent Questionnaire*" (CdQ) con el puntaje que obtuvieron en el "*Millon Clinical Multiaxial Inventory*" (MCM). El CdQ correlacionó positivamente con trastornos clínicos que comparten algunas de las características de codependencia (borderline, distimia, ansiedad y trastorno pasivo agresivo) y mostró una correlación negativa con trastornos que reflejan características incompatibles con las conductas codependientes (antisocial, narcisista).

La codependencia puede presentarse en co-morbilidad con algunos de los trastornos mentales anteriormente mencionados, o con otros más. En la literatura sobre codependencia e hijos adultos de alcohólicos, algunos estudios reportan una asociación entre la codependencia, la depresión y los trastornos somatomorfos (O'Brien y Gaborit, 1992; Carson y Baker, 1994; Jones y Zalewski, 1994; Belliveau y Stoppard, 1995; Hinkin y Kahn, 1995), así como con problemas de autoestima (Fisher, Spann y Crawford, 1991; Jackson, 1994) y con trastornos de la conducta alimentaria (Meyer, 1997; Meyer y Russell, 1998.).

Walfish, Stenmark, Shealy y Krone (1992), examinaron los rasgos del Inventario Multifacético de la Personalidad en 73 mujeres, que habían acudido para tratamiento de codependencia como resultado de sus problemas con parejas adictas. Los resultados del Minnesota arrojaron que el 48% de estas mujeres mostraban una elevación en los perfiles clínicos de depresión e hipocondría.

Una característica con la cual la mayoría de los autores están de acuerdo, es que la codependencia presenta un problema de falta de individuación (Mahler, Pine y Bergman,

1975). Este problema se presenta como una consecuencia de situaciones en que un trauma infantil interrumpió el desarrollo natural del niño y obstaculizó la resolución de la simbiosis con sus progenitores. Whitfield (1991), coincide con este punto de vista al considerar a la codependencia como un trastorno de pérdida de sí mismo, en que la persona se enfoca en atender las necesidades de los demás, a la vez que pierde el contacto consigo misma.

Gibson y Donigian (1993), tomando como base la teoría de Bowen, sostienen que la ansiedad que presentan los sujetos codependientes, es producto de una falta de diferenciación. Ellos proponen llevar a cabo un tratamiento enfocado en que el paciente logre establecer una separación emocional adecuada de la simbiosis con su madre.

III. LA CODEPENDENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

La salud mental no debe de comprenderse exclusivamente como una serie de características individuales, sino que la vida mental implica "una experiencia interna relacionada con la experiencia interpersonal grupal" (WHO, 1981) e integra tanto aspectos cognitivos (percepciones y procesos de pensamiento) como afectivos (emociones, estados de ánimo, sentimientos) y relacionales (la forma en que las personas interactúan con otras y el medio-ambiente) (Dennerstein, Atsbury y Morse, 1993). De esta forma, se ha reconocido la importancia que tienen factores externos como los sociales y económicos, así como las relaciones y los espacios físicos y organizacionales, en lo que denominamos *salud mental*.

La salud mental implica el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las habilidades mentales, y el logro de metas congruentes con la justicia y la igualdad, por tanto, es necesario reconocer que "la distribución del poder entre los individuos, grupos y medios ambientes son determinantes cruciales de la salud mental" (Dennerstein et al. , 1993, pág. 2).

Aunque las relaciones entre las fuerzas sociales y la salud mental son muy complejas, sabemos que ésta se relaciona con aspectos tales como el bienestar económico de la familia o la comunidad, el contexto cotidiano en donde vive la persona, y el tipo de recursos disponibles. "Para pensar acerca de la salud mental, entonces, se deben de considerar una serie de fuerzas interrelacionadas que, a primera vista, pueden no aparecer como problemas 'psiquiátricos'" (Desjarlais et al., 1995, pág. 33).

Es en este contexto donde se hace relevante considerar al género como una categoría básica para comprender a los denominados trastornos mentales y otros problemas relacionados con la salud mental como la codependencia. El género afecta a la salud a través de las circunstancias económicas, las responsabilidades familiares y de trabajo, las elecciones en el estilo de vida, la interacción social con miembros de la familia y otras personas significativas y las interacciones con profesionales de la salud (Lorber, 1997)

A. LA VULNERABILIDAD FEMENINA

El género nos identifica como mujeres y como hombres dentro de nuestra vida social con base en diferentes actitudes, formas de comportamiento, roles, responsabilidades, oportunidades, espacios y actividades. Estas diferencias culturalmente construidas se encuentran simbólicamente asociadas con las diferencias sexuales biológicas que determinan la reproducción de las especies. Todas las culturas a través de sus instituciones, gobiernos, escuelas, iglesias y familias son campos pedagógicos para la construcción de género. Es por eso que en todas las sociedades, los hombres y las mujeres crecen con filosofías de vida marcadas por este concepto. (De Barbieri, 2000).

Los papeles sexuales, supuestamente originados en una división del trabajo basada en la diferencia biológica, es decir la maternidad para las mujeres, marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, e incluyen actitudes, valores y expectativas que la sociedad conceptualiza como femeninos o masculinos (Lamas, 1996).

El género "es la manera como cada sociedad simboliza la diferencia sexual y fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres" (DIF, 1997, pág. 54). Por lo general, se atribuyen características distintas a cada sexo, es decir, desde su nacimiento los varones y las mujeres son objeto de un trato diferencial que favorece ciertos rasgos y conductas.

Los roles o papeles de género implican las normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento masculino y femenino, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto los cuidan. Así lo femenino es lo maternal, lo doméstico. En contraposición, lo masculino es lo público, lo violento" (DIF, 1997, pág. 52).

Esta dicotomía lleva a establecer estereotipos muy rígidos sobre lo que se puede o no se puede hacer como varón y como mujer. Los papeles de género tradicionales son sumamente restrictivos y han generado consecuencias negativas, comportamientos dañinos e interacciones poco saludables para muchos individuos en la sociedad. Lo que es considerado "masculino" o "femenino" en una sociedad, afecta en forma muy importante la identidad de género que asume cada hombre y cada mujer, siendo esta identidad genérica un elemento esencial que nos constituye como individuos concretos a nivel psíquico.

Gayle Rubin (1975) denomina al sistema sexo/género como un conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos culturales de la actividad humana. Cada sociedad arma un sistema sexo/género, o sea, un conjunto de normas a partir de las cuales la materia cruda del sexo humano y de la procreación es moldeada por la intervención social, y satisfecha de una manera convencional. La autora afirma que la subordinación de las mujeres es producto de las relaciones que organizan y producen la sexualidad y el género (en Lamas, 1996).

Al respecto, Luis Bonino (1998) plantea que existen una serie de ideales o ideas-base que se expresan a través de creencias sobre lo que es y debe ser una mujer o un hombre, las cuales generan una serie de mandatos sobre el *deber ser* y el *no deber ser* que necesitan cumplirse para reconocerse con una identidad (femenina o masculina) valiosa para sí. Estos ideales suelen estar marcados por la dicotomía y la desigualdad que ubica como inferior a lo femenino y a las mujeres, por lo que organizan la producción/reproducción de esas identidades para que las masculinas sean dominantes e "independientes" y las femeninas frágiles, dependientes y sin diversidad posible.

Respecto al campo de la salud, es importante señalar que los hombres suelen enfermar y morir por ciertas causas que no siempre son compartidas por las mujeres; asimismo se enfrentan más frecuentemente a ciertas problemáticas psicosociales como la violencia y el consumo de drogas y alcohol. Las mujeres se enferman más, pero los hombres se mueren más rápido, tanto en países industrializados como no industrializados. Sin embargo, esto no significa que la calidad de vida de las primeras sea mejor, pues enferman más y utilizan más los servicios de salud que los hombres (Ravelo, 1995)

Lorber (1997) señala que las variaciones en la morbilidad y la mortalidad pueden explicarse por diversas causas, algunas genéticas y fisiológicas, pero otras de claro origen social. En su revisión de literatura internacional, reporta que las mujeres tienden a tener más enfermedades que no amenazan la vida por las tensiones que sufren por el cuidado infantil, de ancianos, la doble jornada y los trabajos rutinarios; por su parte, los varones suelen presentar más enfermedades crónicas y que amenazan la vida, como los infartos, por su estilo de vida, y en menor medida, por sus ocupaciones. También tienen más riesgos de sufrir traumas accidentes y homicidios por que tienden a involucrarse en situaciones peligrosas. Las mujeres tienen más probabilidad de intentar suicidarse, pero los hombres se suicidan con mayor frecuencia por el tipo de métodos que utilizan.

En México sucede una situación muy similar a lo reportado internacionalmente. Lozano (1997), reporta que los hombres tuvieron un riesgo 1.5 veces mayor que las mujeres de

morir prematuramente o vivir con alguna discapacidad. De hecho, el riesgo de homicidio es 11 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Lozano atribuye esta diferencia al hecho de que los hombres jóvenes están más expuestos a morir de un homicidio en la vía pública, mientras que las mujeres están más expuestas a sufrir una agresión o morir por un asesinato cometido por un familiar o por la pareja.

En cuanto a la salud mental, Russo y Green (1993) reportan una revisión internacional de estudios epidemiológicos llevados a cabo en diversas comunidades. Las autoras encontraron en quince grupos de diagnóstico estudiados, diferencias substanciales por género en las tasas de prevalencia. Las mujeres predominaron en depresión, agorafobia y fobias simples; mientras que los hombres predominaron en personalidad antisocial y abuso/dependencia de alcohol. Las mujeres habían recibido mayores diagnósticos de distimia, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos por somatización y trastornos de pánico. Otro dato interesante es que los hombres solteros y los separados/divorciados presentaron tasas más elevadas en los servicios de admisión a las entidades de la salud mental, que las mujeres con la misma categoría de estatus marital.

En nuestro país también se han reportado algunas diferencias en cuanto a los problemas de salud mental de mujeres y hombres.

Por ejemplo, varios estudios han mostrado (cf. Medina-Mora y López, 1993; Natera, 1994) una marcada diferencia en las prácticas de consumo de drogas, con cifras de consumo más bajas entre las mujeres que entre los hombres en las drogas ilegales (Galván-Reyes, Ortiz-Castro y González-Urbe, 1997). El inicio entre los varones es en general temprano, en promedio antes de los 15 años, con iniciación más tardía entre las mujeres.

El alcohol también se ha encontrado como una sustancia más utilizada por los varones que por las mujeres. En la ciudad de México se reporta como población bebedora a 71.7% de los varones y 20.4% de las mujeres (Caraveo, Colmenares y Saldivar, 1999),

aunque ha ido aumentando la tendencia de mayor consumo en las mujeres en las generaciones más jóvenes.

En cuanto al suicidio, de 1979 a 1994, se observó en general un aumento en la tasa de suicidios, pero principalmente en la población masculina que vio su tasa incrementada en 169% en el período. Los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de más edad (más de 65 años) y en la más joven (menor de 19 años) (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Estos datos muestran la necesidad de comprender las complejas relaciones entre el género y la salud, incluyendo el papel que juegan los guiones y normas culturales en el desarrollo de problemáticas de salud mental.

La codependencia parece ser uno de los tantos problemas de salud mental que afectan más a las mujeres que a los hombres. Sin embargo, debido a su complejidad y a los debates que han ocurrido alrededor del constructo, no se le ha llegado a considerar objeto de estudio "legítimo" dentro del campo de la salud mental. A esto se agrega el hecho de que por sus características, fuertemente relacionadas con normas y patrones de género culturalmente aceptados, este problema permanece invisible, siendo negado por la sociedad y por las propias mujeres en la medida en que es "normalizado". Es importante enfatizar que, paradójicamente, una de las características más importantes de la codependencia es precisamente su minimización y negación como problema.

Aunque la codependencia tiende a surgir como una consecuencia de convivir con una persona que abusa del consumo de alcohol, o que es adicta a otras sustancias, también puede presentarse en otras relaciones donde no existen este tipo de problemas. Al respecto, podemos presumir de una posible codependencia cuando la mujer que convive con una pareja abusiva y explotadora, continúa manteniendo un fuerte compromiso en la relación, a expensas de su propia salud física y emocional. Por esto, el conocimiento de los factores asociados con la codependencia puede ser uno de los primeros avances en

la comprensión de un problema que impide el desarrollo integral de las mujeres como puede ser entendido desde la definición mencionada de salud mental.

Dado que los casos de codependencia frecuentemente se encuentran relacionados con hechos de maltrato físico, emocional y sexual hacia las mujeres (Mueller, 1996), es importante no dejar de lado que si bien es fundamental generar cambios a nivel individual, también es esencial el realizar cambios a niveles más amplios, con el fin de posibilitar relaciones entre los géneros más igualitarias.

Ramos (1998, 1999), ha enfatizado la importancia del género y la violencia como categorías legítimas para incluir en la teoría y práctica de las disciplinas de salud mental. La violencia de género, como el maltrato de la mujer en la pareja es un factor extremadamente importante en el desarrollo de problemáticas tales como la sintomatología depresiva, ideación e intento suicida y uso de alcohol o drogas. Por este motivo, sostiene que la violencia es un problema grave de salud pública, que requiere de ser prevenido y en su caso, detectado tempranamente, para poder implementar programas de sensibilización y capacitación para los proveedores de salud.

B. EL ESTUDIO DE LA CODEPENDENCIA EN MÉXICO

En México, Natera y cols. (1988, 2001), han estudiado a las mujeres en relación al consumo de alcohol de la pareja, sus antecedentes de historia familiar de alcoholismo y su manera de afrontar este problema.

Natera (2001), de hecho, ha realizado una crítica acertada respecto al uso y abuso del concepto de codependencia, tomando como referencia a uno de los primeros enfoques teóricos que consideraba a las mujeres codependientes como adictas al alcohólico. Es decir, la autora cuestiona que se aplique la "etiqueta" de codependiente a cualquier mujer que se encuentra relacionada con una persona que tiene problemas con su manera de

beber. Efectivamente, este tipo de supuestos mecánicos llevan a sostener la creencia de que una situación conlleva a la otra en forma automática.

Sin embargo, el hecho de tener como pareja a una persona que abusa del consumo de alcohol, no siempre produce conductas codependientes. Por esto, en este estudio el término codependencia se utiliza para identificar un patrón de relación disfuncional, que puede también presentarse en asociación con otros problemas no necesariamente originados por el consumo de alcohol (Fuller y Warner, 2000).

Desde esta perspectiva, el constructo de codependencia es útil porque lejos de patologizar la conducta de las mujeres -como si ser codependiente fuera una característica intrínseca a la propia personalidad- permite nombrar a una serie de conductas y actitudes derivadas de una relación significativa con otra persona que les pueden llegar a afectar profundamente (Carson y Baker, 1994), dado que la codependencia representa para ellas una alteración en la estructura de su personalidad, caracterizada por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal que impiden su desarrollo.

El estudio de la codependencia es particularmente importante de investigar en las mujeres mexicanas, dado que tradicionalmente nuestra cultura ha sido vista como una cultura machista que tiende a enaltecer las conductas de sacrificio y de desigualdad en las mujeres. Más allá de que se haya cuestionado si esta creencia es parte de una construcción creada por los propios intelectuales e investigadores sociales (Flores-Ortiz, 1993), ciertamente existe un imaginario en el que prevalecen mandatos culturales rígidos que afectan a las vidas particulares de los hombres y las mujeres. En este sentido, la socialización a las que muchas niñas están sujetas, puede contribuir al desarrollo de actitudes y conductas "codependientes" que son consideradas culturalmente "sanas", pero que en un momento dado pueden generar malestar y más aún, convertirse en un problema de salud mental.

Entre los estudios empíricos a nivel internacional que se han llevado a cabo utilizando el constructo de codependencia, no aparecen antecedentes de estudios realizados con una metodología epidemiológica, mucho menos a nivel nacional. Por esto, es necesario detectar en primer término la prevalencia de codependencia en las mujeres mexicanas, así como identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de este problema.

El conocimiento científico de la codependencia en mujeres latinoamericanas, puede ser muy útil para comprender y esclarecer un problema previamente denunciado por la literatura popular, los clínicos y los especialistas en adicciones.

IV. LA CODEPENDENCIA: UN PROBLEMA MULTIDIMENSIONAL

Los factores asociados con la codependencia han despertado una serie de debates entre los autores especializados en el tema, debido a su multidimensionalidad (Granello y Beamish, 1998).

Para este estudio, las dimensiones que pueden asociarse conceptualmente con la codependencia han sido agrupadas en los siguientes factores: a) los relacionados con la problemática derivada del consumo de alcohol de otros significativos en el pasado o en el presente, es decir, la historia familiar de alcoholismo o el tener una pareja que abusa del consumo de alcohol; b) los relacionados con la problemática de maltrato por parte de otros significativos en el pasado o en el presente, tales como la historia familiar de maltrato y el tener una pareja maltratadora; c) los afectivos, tales como las pérdidas en la infancia; d) los relacionados con la estructura familiar, como el orden de nacimiento entre los hermanos; y e), los culturales, en particular los relacionados con el género, tales como los guiones femeninos tradicionales (ver modelos 1 y 2 en el anexo 1).

Para entender el interjuego de estos factores es preciso reiterar que el constructo de codependencia surgió de los grupos de esposas de alcohólicos, con el fin de nombrar la problemática emocional que vivían en relación a la conducta adictiva de su familiar.

Posteriormente surgieron los grupos de hijos adultos de alcohólicos, igualmente relacionados con la problemática por el consumo de alcohol de un otro significativo.

A. LA PROBLEMÁTICA DE MALTRATO POR OTROS SIGNIFICATIVOS

Potter-Efron y Potter-Efron (1989), consideran que el modelo de la familia alcohólica es un paradigma desde el cual se puede reunir información para estudiar la codependencia, dado que otros ambientes familiares pueden también producir un patrón similar, particularmente cuando se trata de familias con problemas crónicos ocultos tales como enfermedades mentales o situaciones de incesto.

La codependencia, vale insistir, no es problema exclusivo de familiares de alcohólicos, también lo llegan a presentar los hijos o parejas de personas adictas a otro tipo de sustancias (Potter-Efron y Potter-Efron, 1989). Los autores argumentan que las estrategias de control utilizadas por los familiares codependientes no son de utilidad para que el adicto deje de consumir drogas y por el contrario, muchas veces facilitan y fortalecen la posibilidad continuar con dichas conductas (Le Poire, 1992; Harkness, 1977).

En los últimos años, los investigadores en el área han encontrado una mayor prevalencia de codependencia en mujeres, relacionada con otros estresores familiares que funcionan como predictores del problema (Gotham y Sher, 1995; Fuller y Warner, 2000). Al respecto, Timothy Mueller (1996) señala que la codependencia puede estar reflejando una conducta neurótica, no necesariamente específica de los hijos y familiares de bebedores problemas, sino que también puede ser el resultado de cualquier tipo de abuso físico o emocional.

La violencia intrafamiliar con frecuencia se encuentra presente en los hogares afectados por el abuso de alcohol, por lo que el maltrato físico, emocional y sexual puede también jugar un papel importante en el desarrollo de relaciones codependientes. La literatura

señala que tanto las experiencias de abuso infantil, como el maltrato por parte de la pareja, pueden dar lugar al desarrollo de este problema (Roheling, Koebel y Rutgers, 1996; Ramos, 1998).

Recientemente los investigadores en Neurobiología (Teicher, 2002) han descubierto que el maltrato infantil ocasiona que se detenga el desarrollo psicosocial y aparezcan mecanismos psíquicos de defensa en los adultos. Nuevos estudios con imágenes cerebrales y otros experimentos han demostrado que el abuso infantil puede provocar daño permanente a la estructura y funcionamiento del cerebro en desarrollo.

James Gilligan (1996) señala al respecto: "El término violencia se refiere al acto de infligir daño a un ser humano por otro ser humano, ya sea hacia la persona misma, o cuando se es testigo del daño hacia otro(s), especialmente cuando el daño es letal, pero también cuando amenaza la vida, mutila o invalida; éste puede ser causado de manera deliberada con una intención consciente, o por medio del descuido o falta de atención e interés por la seguridad de uno mismo o de otros" (p. 19).

Un individuo puede presentar manifestaciones de conducta violenta, habiendo o no ingerido alcohol, ocasionando de igual manera efectos destructivos en los miembros de su familia y con su pareja. Sin embargo, el abuso en el consumo de alcohol puede funcionar como un disparador. "El alcohol es una droga que incrementa la conducta violenta y por lo tanto su consumo contribuye a exacerbarla en las personas predispuestas por problemas de violencia no resueltos a través de su vida" (J. Gilligan, comunicación personal, Agosto 11, 2000).

Por otro lado, autores como Celani (1995) -desde la teoría de relaciones objetales- argumentan que muchas mujeres y algunos hombres, inconscientemente se inclinan a relacionarse con parejas violentas, debido a desórdenes de personalidad provocados por abuso, o negligencia infantil.

Las características propias de las mujeres maltratadas por su pareja (Ramos, 1998), así como la problemática presente en las que tienen una historia familiar de maltrato (Allen y Allen, 2000; Prest, Benson y Protinsky, 1998), son muy similares a las reportadas por la literatura sobre codependencia. Asimismo, se han observado conductas codependientes en las esposas de hombres que cometen incesto, sobre todo en aquellas que experimentaron abuso físico, emocional y/o sexual durante su infancia (Crawford, Hueppelsheuser y Darren, 1998).

En un estudio realizado tanto con mujeres como con hombres, se observó que en las primeras la codependencia reflejaba conductas consideradas como "típicamente femeninas", además de haber reportado antecedentes de alcoholismo y abuso por parte de sus padres; mientras que en los varones, los trastornos de personalidad reflejaron un estereotipo masculino de adaptación hacia el mismo tipo de conductas abusivas por parte de los progenitores (Roehling, Koebel y Rutgers, 1996).

Otra investigación realizada con 48 mujeres con el fin de probar los rasgos de codependencia descritos en la literatura sobre el tema, reportó que las mujeres que eran hijas de alcohólicos, en comparación con el grupo control, trataban de ayudar mayormente a un experimentador que se les presentaba actuando como un hombre explotador, lo que no ocurría cuando otro experimentador actuaba de manera afectuosa (Lyon, Greenberg, 1991).

Por otro lado, Carson y Baker, (1994) analizaron varios correlatos potencialmente asociados con la codependencia, en una muestra de 171 mujeres, para determinar los factores asociados con el constructo. Los autores encontraron relaciones significativas entre codependencia y los siguientes factores: relaciones objetales y distorsión en las pruebas de realidad ($p = .01$), intensidad de depresión ($p < .01$), depresión introyectada ($p < .001$), e historia de abuso ($p < .001$). Concluyen señalando que la codependencia es un constructo útil que involucra una serie de dificultades en las relaciones interpersonales, prueba de realidad y depresión introyectada, así como una fuerte

asociación entre codependencia, alcoholismo parental e historia de abuso infantil, o ambos.

Entre los principales modelos teóricos utilizados para explicar el apego emocional paradójico hacia el agresor que llegan a experimentar los sujetos víctimas de violencia, se encuentra el Síndrome de Estocolmo (Graham, 1994). Las conductas desarrolladas por estas personas son similares a las observadas en los casos de codependencia.

El nombre del síndrome deriva del siguiente suceso. En 1973, tres mujeres y un hombre, empleados del *Severgies Kredit Bank* en Estocolmo, fueron tomados como rehenes por dos ex convictos. Cuando los rehenes finalmente fueron liberados por la policía, éstos se mostraron renuentes para dar testimonio en contra de sus secuestradores. Durante los seis días que duró el secuestro, este grupo de personas desarrolló un conjunto de reacciones paradójicas, observadas también posteriormente en otras ocasiones similares, aunque cabe aclarar que dichas reacciones no siempre se presentan en todas las personas que atraviesan por estas situaciones.

Graham plantea una explicación al respecto. Bajo los efectos del miedo o terror, los rehenes, lejos de defenderse y buscar su libertad, se someten a sus secuestradores experimentando sentimientos de lealtad y un supuesto amor hacia ellos. El síndrome consiste en un conjunto de distorsiones cognitivas a través de las cuales los rehenes empiezan a percibir como enemigos a los policías que pretenden negociar su libertad y se colocan del lado de sus secuestradores, al grado de identificarse -al igual que estos últimos- como víctimas de quienes pretenden liberarlos.

Una serie de relatos de rehenes bajo estas mismas condiciones, han permitido a los investigadores observar como este fenómeno suele desarrollarse cuando el secuestrador trata a su víctima con una mezcla de violencia y amabilidad. Al parecer se trata de una reacción de sobrevivencia bajo el efecto de sentirse atrapado, así el más mínimo gesto de interés humano por parte de los secuestradores, es experimentado por los rehenes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como un gesto de nobleza, negándose la posibilidad de que los secuestradores puedan hacerles daño. Esta distorsión cognitiva aparece después de una serie de racionalizaciones que realiza la víctima, las cuales pueden variar en grados de intensidad, desde justificar al agresor para evitar sentir el enojo –el cual puede amenazar su seguridad-, hasta experimentar resistencia en el momento de tener que separarse de él una vez que fue lograda la liberación.

Otras distorsiones cognitivas observadas en las víctimas de secuestro afectadas por este síndrome son los sentimientos de compasión por los secuestradores justificados por imaginar las supuestas dificultades y sufrimientos por las que pudieron haber pasado a través de su vida como preludeo para haber llegado a cometer un acto de ésta naturaleza, así como sentimientos de gratitud por haberles permitido vivir.

El Síndrome de Estocolmo es considerado como una teoría universal de abuso crónico e interpersonal, que puede ser generalizada a otras situaciones. De hecho la condición de los rehenes en un caso de secuestro, ha sido comparada por Graham con la situación que viven los miembros de otros grupos que son víctimas de algún abuso. Este puede ser el caso de los hijos y las esposas de alcohólicos, quienes también pueden llegar a establecer vínculos afectivos paradójicos de amor y odio con estos últimos.

De manera similar a la codependencia, el Síndrome de Estocolmo se presenta en conjunto con determinadas psicodinámicas en la relación establecida entre la víctima y su agresor, las cuales inducen la dependencia de la primera hacia el segundo: regresión de la víctima a un estado infantil de comportamiento, internalización de las creencias del secuestrador/abusador, pensar que se merece el castigo y experimentar sentimientos de culpa porque supuestamente ha hecho algo malo, evitar el contacto con personas que difieran del punto de vista del secuestrador/abusador, negar situaciones reales de peligro y mantener la percepción errónea de que separarse del abusador sería una falta de lealtad hacia él.

Para abordar el tema de la violencia en el ámbito de la pareja, se puede retomar la conceptualización de Ramos (2001) respecto a la violencia o maltrato que sufren las mujeres adultas por parte del compañero íntimo: "un patrón de control coercitivo, donde el hombre realiza una serie de conductas de tipo físico, psicológico y/o sexual que tienen la finalidad de herir, intimidar, aislar, controlar, o humillar a la pareja mujer y que suelen tener secuelas en su salud física y mental, y en su desarrollo en general" (p.5).

Para la autora, las tres modalidades más importantes de esta violencia son la emocional, la física y la sexual, definiéndolas de la siguiente manera:

"La violencia física incluye acciones que por lo general se conforman en una escalada que puede comenzar con un pellizco, y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas y torceduras, pudiendo llegar hasta el homicidio" (p.5).

"La violencia emocional comprende una serie de conductas verbales tales como: insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización y amenazas, así como conductas no verbales como la indiferencia, el rechazo y la intimidación física" (p. 5).

"La violencia sexual consiste en la imposición de actos de orden sexual mediante el uso de la fuerza y/o en contra de la voluntad de una persona. Incluye la violación marital" (p.5).

Graham (1994), afirma que aunque la gente piense en la violencia física como una agresión más severa a la violencia psicológica; tanto las mujeres golpeadas como los prisioneros de guerra han reportado la amenaza de violencia física de forma más debilitante que de hecho el acto de maltrato físico. El abuso emocional, es percibido como una amenaza a la sobrevivencia física.

Valerie Chang (1996), considera que aunque el maltrato psicológico o emocional se encuentra implícito en el maltrato físico, es importante tomar en cuenta las diferencias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entre ambos, refiriéndose a la manera como es experimentado en la relación con la pareja (Ver Tabla 4).

TABLA 4: DIFERENCIAS ENTRE EL MALTRATO FÍSICO Y EL MALTRATO EMOCIONAL EN LAS RELACIONES DE PAREJA (Chang, 1986, p. 135).

MALTRATO FÍSICO	MALTRATO EMOCIONAL
Evidencia visible del maltrato.	No hay evidencia visible del maltrato.
El maltrato es evidente para otros.	El maltrato se mantiene en secreto.
El hombre aparece como culpable.	El hombre aparece como inocente.
La sociedad condena el maltrato.	La sociedad acepta el maltrato.
El hombre expresa culpa y remordimiento.	El hombre considera que su conducta se encuentra justificada.
La gente critica su comportamiento.	La gente no toma en cuenta su comportamiento.
El hombre hace intentos por cambiar	El hombre no hace intentos por cambiar.
El abuso es episódico.	El abuso es continuo.
La mujer se separa físicamente pero se mantiene emocionalmente apegada.	La mujer se separa emocionalmente antes de separarse físicamente.
Pueden existir intentos de reconciliación.	La mujer ya no quiere reconciliarse una vez que la relación terminó.
La mujer se muestra optimista acerca de otras posibles futuras relaciones.	La mujer evita comprometerse en otra relación.

Una diferencia obvia es que en las relaciones de maltrato emocional no hay evidencias visibles de daño. La autora sostiene que debido a esta situación, es más fácil negar el daño por parte de ambos miembros de la pareja. Cuando existe maltrato físico la culpa del hombre es más difícil de esconder, en cambio cuando existe maltrato emocional él puede aparecer como inocente, no únicamente para sí mismo, sino también para la familia y la sociedad. Generalmente pasan varios años antes de que la esposa, o los profesionales de la salud mental, puedan reconocer que la depresión de la mujer, su ansiedad y/o sus trastornos psicossomáticos, se encuentran relacionados con un patrón continuo de maltrato emocional.

El abuso sexual es considerado también como una forma de abuso físico y emocional (Chang, 1996). La autora considera que el dominio y el control son los temas centrales en todas estas formas de abuso, donde el marido toma una posición de poder y espera que la esposa se comporte de manera obediente y sumisa aceptando sus demandas y expectativas.

Ramos (1998) menciona otros dos modelos teóricos que pretenden explicar más específicamente la psicodinámica de maltrato en las mujeres y sus efectos psicológicos: 1) El ciclo de violencia y la inhabilidad aprendida y 2) La intermitencia del abuso y el apego traumático.

1. El Ciclo de Violencia y La Inhabilidad Aprendida

Leonore Walker (1979), (citada por Ramos, 1998), realizó una propuesta sobre el Ciclo de violencia y su relación con el desarrollo de lo que Martín Seligman (1975) denominó Inhabilidad Aprendida (*Learned Helplessness*).

Seligman, realizó experimentos con perros en jaulas a los que se les administraban choques eléctricos al azar y en tiempos variables. Los perros aprendieron que no podrían hacer nada para controlar los choques y dejaron de tratar de escapar. Walker, (1984), aplicó esta teoría a las mujeres maltratadas destacando dos factores en este maltrato: a) su carácter cíclico y b) su intensidad creciente (escalamiento), como las características de lo que denominó el "ciclo de violencia" el cual incluye: una fase de tensión, el episodio violento, el perdón, la reconciliación o "luna de miel" y el reinicio del ciclo.

Para Walker, existen una serie de características propias de los efectos psicológicos en las relaciones de abuso que denomina Síndrome de la Mujer Maltratada. La autora considera que se trata de una respuesta normal de un ser humano aterrorizado ante una situación anormal. Cuando la mujer experimenta este ciclo y percibe el maltrato como incontrolable, llega a creer que nada de lo que haga ella (u otras personas), alterará sus

circunstancias. Ante esta dinámica el costo para su salud mental es muy alto (Ramos, 1998).

2. La Intermitencia del Abuso y el Apego Traumático

Dutton y Painter (1980), (citados por Ramos, 1998), proponen que los rasgos centrales de las relaciones de maltrato de larga duración, dónde al parecer se incrementa el apego hacia el otro abusivo, son el desequilibrio en el poder y la intermitencia del abuso. El desequilibrio de poder propicia una dinámica en la que tanto el subordinado como el dominante se vuelven cada vez más dependientes uno del otro. En el maltrato a la mujer, el abuso físico y emocional sirve para crear y mantener ese equilibrio. La intermitencia del abuso se refiere a que el maltrato ocurre en alternancia con un tratamiento positivo, lo que produce un vínculo emocional poderoso de la víctima hacia el abusador.

Johann (1994), (citada por Ramos, 1998), propone como una razón importante para explicar el que las mujeres maltratadas no dejen a sus abusadores: la disposición para amar al hombre "a pesar de todo". La autora considera que se trata de un amor obsesivo en que el miedo a perderlo es más aterrador que el abuso.

Graham (1994), explica el "amor" que existe en estas relaciones como una excitación fisiológica causada por el miedo que puede ser interpretada como atracción, produciendo una confusión cognitiva en las emociones. Esta razón permite explicar como es que las relaciones violentas pueden llegar a experimentarse con frecuencia como más íntimas que las no violentas. El enfrentamiento con una amenaza prolongada y severa a la sobrevivencia, produce que la víctima internalice la psicodinámica captor-rehén, descrita en el Síndrome de Estocolmo y la generalice en otras relaciones.

Algunos estudios, junto con la experiencia clínica permiten observar una relación entre los problemas de codependencia con antecedentes de pérdidas afectivas en la infancia, lugar que ocupa la mujer por el orden de nacimiento y condicionamientos culturales por

género. Por esta razón se ha considerado necesario incluir en este estudio el análisis de estos factores.

B. FACTORES AFECTIVOS: LAS PÉRDIDAS AFECTIVAS EN LA INFANCIA

Un factor que aparece de manera constante en la literatura sobre codependencia es el intenso apego emocional que la mujer experimenta hacia su pareja explotadora, al grado de no poder separarse de ella, a pesar del daño físico o emocional que dicha relación representa para ella y para su familia.

La teoría de John Bowlby (1990, 1980), es considerada como un paradigma psicológico que sirve para explicar las conductas de apego emocional. Bowlby describe la conducta de apego de la siguiente manera: "cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla, o en un intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observa un aferramiento a la figura de apego" (p. 60).

En el curso de un desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos, en un inicio entre el niño(a) y sus progenitores, y más adelante, en la vida a través de la convivencia entre los pares. De acuerdo con esta teoría, la psicopatología es una consecuencia de un desarrollo psicológico atípico, producto del rompimiento de vínculos afectivos en la infancia. Los adultos afectados por dichas pérdidas tempranas suelen presentar problemas en su manera de relacionarse con otras personas debido a una tendencia a experimentar regresiones a etapas tempranas de su desarrollo.

Los patrones perturbados de la conducta de apego pueden surgir a edad temprana cuando el desarrollo ha seguido un curso desviado. Los principales determinantes de

dichos patrones son las experiencias del individuo con sus figuras de apego durante sus años de inmadurez: la infancia, la niñez y la adolescencia (Bowlby, 1990, 1986).

El efecto emocional que producen los duelos en etapas tempranas del desarrollo infantil son una parte esencial de la teoría de Bowlby. Los duelos a los que se refiere el autor como pérdidas afectivas pueden variar desde el fallecimiento de alguno de los progenitores, hasta algún otro evento en la familia de origen que produce el distanciamiento afectivo del niño(a) con sus progenitores (Bowlby, 1990, 1986).

Algunos otros ejemplos de este tipo de situaciones son: el abandono de alguno de los progenitores, el divorcio o separación de los padres, la depresión de la madre, la negligencia o descuido de los padres, o la enfermedad crónica física o mental de algún miembro de la familia; eventos todos que hacen que la madre se aparte emocionalmente de sus hijos. (Soukup, 1995; Amodeo y Griffin, 1997; Simons, Lin, Gordon, Conger y Lorenz, 1999).

Los niños pequeños no alcanzan a diferenciar un abandono real de uno imaginario, por lo cual muchas veces experimentan como abandono o falta de amor el fallecimiento de alguno de sus padres, así como el distanciamiento emocional producto del duelo que vive el progenitor que le sobrevive.

Ante las pérdidas afectivas, los niños desarrollan estrategias para defenderse del dolor que les ocasiona la separación. Una defensa que puede aparecer cuando existen pérdidas afectivas es una necesidad compulsiva de cuidar a otras personas, otra más es una aparente autonomía prematura (Viorst, 1987), ambas actitudes son características de los casos de codependencia.

Este tipo de pérdidas en la infancia pueden dar lugar a que se establezcan en la edad adulta vínculos afectivos paradójicos, donde se encuentren mezclados sentimientos de rechazo o abandono, con la necesidad de conservar un vínculo afectivo. Situaciones

como estas suelen suceder en las relaciones de codependencia, donde la mujer -a pesar de sentirse devaluada o rechazada-, sigue sin poder romper el vínculo emocional que la une con su pareja, muchas veces confundiendo el "amor" con una relación de dependencia.

Wright y Wright (1991) afirman que aunque el abuso de sustancias no se encuentre presente en una relación, algunos individuos con parejas trastornadas o disfuncionales sostienen un compromiso de apoyo y cuidados hacia estas personas. Esta actitud la mantienen a pesar de su infelicidad, además de sufrir severas dificultades sociales y emocionales. Los autores señalan que estas personas organizan su vida alrededor de las necesidades, intereses, y buena reputación de su pareja, frecuentemente a expensas de la propia.

Para ilustrar este concepto, los autores citan a Peele y Brodsky (1975) quienes afirman que una relación de pareja puede llegar a volverse tan compulsiva como una adicción, definiéndola de la siguiente manera: "una condición donde el apego a una sensación, objeto, o persona es de tal forma que disminuye su apreciación y habilidad para manejar otras cosas en su ambiente o consigo mismo(a), hasta convertirse cada vez más dependiente de la experiencia como su única fuente de gratificación" (p. 56). Para Wright y Wright (1991), la codependencia es muy similar al concepto que la literatura psicológica denomina como "amor adictivo".

Gothan y Sher (1996) por su parte, al analizar la posible relación entre la codependencia con una historia familiar de alcoholismo, encontraron que los casos de codependencia se encontraban asociados con una "afectividad negativa", término que utilizaron para referirse a situaciones en que los sujetos se habían sentido menospreciados o abandonados por sus padres en la infancia. Los autores afirman que las características de apego exagerado, propias de los casos de codependencia, se encontraban relacionadas con una interrupción temprana en el proceso natural de separación e individuación de los sujetos.

Asimismo, como ya se mencionó, otra situación que puede dar lugar a que un niño experimente un sentimiento de pérdida afectiva, es la enfermedad crónica física o mental de algún miembro en la familia de origen. Esta situación puede dar lugar a que el niño(a) se sienta abandonado por sus padres debido a que tienen que desviar su atención por atender al familiar enfermo, encontrándose él o ella misma también afectado/a por sentimientos de dolor y desesperación.

En un estudio con 257 sujetos de ambos sexos, diseñado para evaluar estresores familiares como predictores de codependencia, se encontraron puntajes significativamente más elevados del problema en los sujetos que reportaron antecedentes de una historia familiar de estrés crónico por haber tenido un padre alcohólico, o un padre mental o físicamente enfermo (Fuller y Warner, 2000).

Cullen y Carr (1999) también encontraron niveles significativamente más elevados de codependencia en adultos jóvenes de ambos sexos que reportaron haber tenido mayores dificultades en su familia de origen por problemas de salud mental en alguno de sus padres. Contrariamente a lo esperado, en el grupo con mayores niveles de codependencia, no hubo una mayor cantidad de individuos cuyos padres tuvieran problemas por el abuso de alcohol o drogas, ni tampoco reportaron haber sufrido de niveles más elevados de abuso físico o sexual en la infancia. Sin embargo, estos sujetos reportaron pertenecer a familias donde los roles familiares se encontraban alterados y no había expresiones de afecto apropiadas como calidez y apoyo.

Los autores mencionados consideran que las experiencias de falta de contacto e indiferencia, junto con el crecer al lado de padres que presentan problemas de salud mental, favorecen el desarrollo de la codependencia. La problemática surge porque en estos casos, los hijos generalmente se sienten impulsados para adoptar roles de cuidadores de otras personas en etapas tempranas de su vida, a la vez que desarrollan actitudes de negación, rigidez, e intentos de control en las relaciones. Cullen y Carr

(1999) también sostienen que la codependencia es sólo un aspecto dentro de un amplio contexto de problemas en los sistemas familiares, que no es único de las familias donde existe abuso de alcohol o drogas, o situaciones de abuso físico y sexual.

Desde el punto de vista biológico, también existe interés por estudiar la codependencia. En México, el Dr. José Elizondo (Rodiles 2001), sostiene una postura a favor de tipificar la codependencia como un problema de salud mental en las relaciones interpersonales y señala que actualmente algunos estudios revisados por una comisión de la APA (1995), hacen referencia a la relación entre la Oxitocina y la codependencia, debido a que se han encontrado mayores niveles de este neurotransmisor en las personas codependientes.

1. Los efectos de la Oxitocina en las relaciones interpersonales

El estado del arte en neurobiología se inclina a estudiar la relación entre determinados procesos biológicos y las emociones en los seres humanos. Entre los estudios en el área destacan los que hacen referencia a una asociación de la hormona Oxitocina con la habilidad para mantener relaciones interpersonales saludables y límites psicológicos sanos con otras personas.

La Oxitocina estimula la producción de leche durante la lactancia, las contracciones del útero durante el parto y tanto los hombres como las mujeres la liberan durante el orgasmo. En un estudio considerado como pionero en investigar las bases biológicas en el apego y los vínculos afectivos entre los seres humanos, Turner, Altemus, Enos, Cooper y McGuinness (1999), indican que la Oxitocina puede también actuar como un mediador entre las experiencias emocionales del pasado y las relaciones cercanas en la actualidad.

Este estudio fue llevado a cabo con 26 mujeres, con un rango de edad entre 23 y 35 años, a quienes se les pidió recordar eventos en relaciones pasadas que les provocaran sentir una emoción positiva (amor o infatuación) y una emoción negativa (pérdida o

abandono). Las participantes también recibieron una sesión de masaje de 15 minutos en el cuello y en los hombros. Muestras de sangre fueron tomadas antes, durante y después de cada uno de los tres eventos para establecer el nivel basal y los cambios de Oxitocina en el torrente sanguíneo.

Los resultados en promedio fueron significativos, el masaje de relajación provocó un aumento en los niveles de Oxitocina y las emociones negativas provocaron una disminución pequeña. El recuerdo de emociones positivas no presentó ningún efecto.

Con la finalidad de clarificar estos resultados preliminares, Turner y sus colaboradores decidieron analizar las características interpersonales de las mujeres. Los investigadores reportan haber encontrado que las mujeres con niveles elevados de Oxitocina, en respuesta al masaje y los recuerdos de relaciones positivas, no reportaron dificultades para establecer límites apropiados, estar solas y dejar de complacer a otros; mientras que las mujeres con niveles de Oxitocina bajos, en respuesta a recordar emociones negativas, reportaron sentimientos de ansiedad y mayores problemas en sus relaciones cercanas.

Estos resultados establecen un campo fértil para continuar investigando la función que desempeñan las hormonas en las emociones y en las relaciones afectivas. La Oxitocina al parecer también puede llegar a jugar un papel determinante en el tratamiento de las adicciones (Sarnyai y Kovacs, 1994; Kovacs, Sarnyai y Szabo 1998). La posibilidad de encontrar una explicación biológica en las relaciones de apego destructivas como es el caso de la codependencia, ofrece un amplio campo de posibilidades para la prevención y el tratamiento de este problema. Sin embargo, por tratarse de estudios incipientes, aún no es posible determinar si la administración de dicha hormona puede ser de ayuda para los pacientes involucrados en este tipo de relaciones.

C. ESTRUCTURA FAMILIAR: EL LUGAR POR EL ORDEN DE NACIMIENTO ENTRE LOS HERMANOS

Bowlby (1986, 1979) menciona otra situación que bajo la circunstancia de una pérdida afectiva en la infancia, puede llegar a originar estados patológicos. Se trata del proceso de identificación con el padre o con la madre, que aunque en circunstancias normales forma una parte integral de un desarrollo sano, puede conducir a dificultades cuando se presenta después de haber fallecido alguno de los progenitores. Esta clase de proceso es provocado por el progenitor sobreviviente: el viudo o la viuda que, sin darse cuenta, cambia su actitud con respecto a su hijo al empezar a tratarlo como un compañero o aliado en sus momentos de soledad.

Este papel de identificación con el padre ausente, frecuentemente lo juega el hijo o la hija primogénito(a), por ser quien se encuentra más cerca para compartir y tratar de consolar al padre o madre que sufre una pena. Como consecuencia, el proceso de desarrollo natural de este hijo(a) se interrumpe, dado que no alcanza a vivir su propio duelo, además de que al dejar de ser tratado como niño(a), se siente impulsado a representar prematuramente el papel de un adulto.

Este tipo de pérdidas afectivas también puede suceder sin que ninguno de los progenitores haya fallecido, como en los casos en que el padre es alcohólico y la madre experimenta un apoyo en particular con alguno de sus hijos que la defiende y apoya.

Olson y Gariti (1993), utilizaron el término "pérdida simbólica", para definir el papel que juega el estilo de parentalización en las relaciones adictivo-destructivas. Los autores afirman que la psicodinámica presente en las familias con problemas de adicciones, afecta la manera como se construye en los hijos el sentido del sí mismo, a la vez que influye la formación del carácter en los niños y el tono de conducirse en sus relaciones interpersonales a través de la vida.

Laurie y Jonathan Weiss (1989), consideran que el orden de nacimiento es un factor que puede afectar la severidad de la codependencia. En psicología se le ha prestado considerable atención al estudio del orden cronológico en los nacimientos, es decir a la forma en que la jerarquía familiar influye sobre la personalidad, las relaciones con los hermanos y con otros integrantes del mundo exterior, incluyendo a los cónyuges. Dicho interés resalta el papel que juegan los hijos(as) mayores ante situaciones de pérdida real o simbólica de alguno de sus progenitores.

La literatura sugiere que los primogénitos comparten determinadas características en su personalidad (Arnstein,1983), aunque todavía no es posible hacer afirmaciones ni generalizaciones al respecto, dada la diversidad de experiencias humanas y las insuficientes pruebas empíricas. Sin embargo llama la atención la similitud entre las características identificadas para los hijos primogénitos y las presentes en los casos de codependencia (Ver Tabla 5). Alfred Adler afirmó: "El primogénito es generalmente aquél al que se le reconoce suficiente poderío y sentido común, como para convertirse en auxiliar o capataz de sus padres." (Adler, 1927, p. 154).

En la clínica es frecuente observar como en las familias disfuncionales, con mayor frecuencia es el hijo o la hija primogénita quien invierte los papeles que juega con sus progenitores, adoptando el papel de un adulto responsable cuando sus padres se comportan de manera inmadura.

Las características que suelen presentar los hijos primogénitos probablemente se asocian con el estrecho contacto que mantienen con los adultos de la familia. Sus logros no necesariamente son el producto de una inteligencia superior innata, sino la consecuencia de una mayor estimulación mental y emocional producto de haber pasado más tiempo junto a sus padres. Además, los primogénitos pronto captan cuáles son las expectativas de sus padres y, ansiosos por conservar su valoración, se esfuerzan por satisfacer sus necesidades, muchas veces con el alto costo de vivir bajo presión. La madre y el padre se convierten en los modelos del primogénito, es decir en las personas

con las cuales se identifica. El segundo hijo y los posteriores se copian y aprenden a menudo los unos de los otros mucho más que de los padres.

TABLA 5: CARACTERÍSTICAS EN COMÚN DE LOS HIJOS PRIMOGÉNITOS EN COMPARACIÓN CON SUS HERMANOS

1. Tienen una marcada necesidad de reconocimiento, atención y valoración.
2. Son más dependientes de sus padres que sus otros hermanos.
3. Se muestran ávidos por coincidir con los demás.
4. Tratan de aplacar a los demás cuando se presentan problemas.
5. Son más ansiosos.
6. Son más conformistas.
7. Suelen ser más conservadores.
8. Suelen ser competentes para dirigir el trabajo ajeno.
9. Suelen ser confiables.
10. Respetan la autoridad.
11. Son propensos al estudio y a los logros académicos.
12. Suelen ser serios, introvertidos.
13. Son ególicas y dominantes.
14. Son pacientes y protectores.

Sin embargo, como se mencionó, la condición del primogénito no produce un determinado modelo de personalidad de manera inevitable y regular. Los hechos observados sólo indican que un determinado modelo aparece con un poco más de frecuencia en los hijos primogénitos (Arnstein, 1983).

Dadas las coincidencias observadas entre los rasgos de codependencia y los hijos primogénitos, se considera interesante investigar si existe alguna relación entre estas dos situaciones con la finalidad de determinar si este factor representa algún riesgo para el desarrollo de codependencia.

D. FACTORES CULTURALES: GUIONES FEMENINOS TRADICIONALES

Otro factor influyente en el desarrollo de relaciones codependientes es el condicionamiento de la mujer a un estereotipo de género representado en el papel que juega en sus relaciones de pareja.

Como ya se ha visto anteriormente, esta situación ha dado lugar a una polémica desde la postura feminista, la cual sostiene que el verdadero problema radica en un aprendizaje social y cultural que favorece la desigualdad de poder entre hombres y mujeres (Anderson, 1994).

Al parecer, los rasgos de femineidad tradicionales, y particularmente los rasgos de sumisión, se encuentran traslapados con el problema de codependencia (Granello y Beamish, 1998). Es por esto que se considera relevante el investigar la asociación entre dicho factor cultural y las relaciones codependientes.

Las feministas también han criticado el constructo de codependencia sobre la base de un sesgo por género. Ellas señalan que la mujer tradicionalmente ha sido condicionada por las normas de la sociedad para ser nutritiva, cuidadosa, leal, resistente, solícita y sensible hacia las necesidades de otros; por lo que muchas de las características propias de la codependencia coinciden con los estereotipos impuestos por el género. Estas críticas están basadas en el hecho de que inicialmente el término codependencia surgió para denominar "la enfermedad" que supuestamente padecen las esposas de alcohólicos y en la evidencia de que la codependencia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres (Cowan y Warren, 1995; Harper y Capdevilla, 1990).

Efectivamente se ha encontrado una asociación positiva de la codependencia con características negativas de femineidad, tales como la sumisión, así como inversamente

relacionada con características propias del sexo masculino, como el dominio y la agresión (Roehling, Kobel y Rutgers, 1996).

Sin embargo, en otros estudios recientes con sujetos de ambos sexos no se encontraron diferencias significativas por género (Gotham y Sher, 1996; Prest, Benson y Protinsky, 1998; y Cullen y Carr, 1999). El problema con estos estudios es que, o bien han sido realizados con muestras muy pequeñas (Prest, Benson y Protinsky (1998), o se llevaron a cabo en poblaciones de estudiantes jóvenes, dónde la codependencia suele aparecer de manera más limitada (Gotham y Sher, 1996; Cullen y Carr, 1999), por lo que la relación entre género y codependencia requiere de mayor investigación.

Prest, Benson y Protinsky (1998), en un estudio comparativo reportaron puntajes elevados de codependencia en sujetos de ambos sexos que tenían una pareja con problemas de alcoholismo y/o provenían de familias disfuncionales. En el grupo control constituido por personas sin dichas características, también encontraron casos de codependencia, aunque con puntajes más bajos, asociados con mayor intimidad en la pareja y características favorables en la familia de origen. Con base en estos resultados, los autores sugieren introducir el término co-apoyo para hablar de una codependencia que podría ser positiva.

Gilligan (1982) señala que las mujeres tienen como objetivo en sus relaciones el contacto por encima de la individualidad. La autora argumenta que muchos de los rasgos femeninos positivos como la receptividad, la preocupación por otros, las expresiones emocionales y la capacidad de empatía, hacen que las mujeres miren sus relaciones desde una perspectiva diferente logrando así comprender mejor su complejidad.

Granello y Beamish (1998) por su parte, sostienen que la fortaleza de las mujeres en las relaciones disfuncionales puede residir en que las niñas son educadas para expresar compasión, cooperación e interés por el bienestar de otros. Las autoras consideran que el verdadero problema planteado por la codependencia no es la dificultad de las mujeres

para establecer relaciones de pareja sanas, sino la falta de habilidad y disponibilidad de su pareja alcohólica para relacionarse de una manera donde la empatía sea mutua y el poder se encuentre equilibrado entre ambos.

Gilligan (1982) argumenta que dicha falta de habilidad y disponibilidad proviene de las diferencias en la crianza de hombres y mujeres por la manera de relacionarse dentro de un contexto social. Los niños son educados inculcándoles un mayor interés en las jerarquías, el poder y la autonomía, a diferencia de las niñas, a quienes se les enseña a darle prioridad a las relaciones y al apoyo mutuo entre las personas.

Otro aspecto necesario de tomar en cuenta para el estudio de la codependencia desde el punto de vista cultural, es la narrativa social que establece diferencias en valores entre la sociedad norteamericana, la mexicana o la latinoamericana en general. El término codependencia proviene de los Estados Unidos de Norteamérica donde la sociedad estimula y otorga un alto valor a la individualidad y capacidad de los sujetos para separarse de su familia de origen. Esta situación es diferente en nuestra cultura, en donde las relaciones familiares ocupan un lugar más importante y los valores promueven la lealtad entre sus miembros, así como la cooperación más que la competencia.

Inclan y Hernández (1992), sugieren revisar y adecuar el constructo de codependencia antes de aplicarlo a las sociedades latinoamericanas, porque para ellos, las conductas descritas en el modelo de codependencia en alcoholismo, corresponden a las respuestas normales ante todo tipo de problemas dadas por las familias de los Hispánicos pobres en los Estados Unidos.

Al respecto, Lara Cantú (1993) argumenta que en México es difícil hablar de una cultura única, debido a la heterogeneidad en los diferentes niveles de urbanización, los grupos étnicos y la variedad en los niveles de ingreso y educación. La autora hace notar que en comparación con otros países más desarrollados, la cultura mexicana se encuentra mayormente afectada por los papeles y estereotipos sexuales tradicionales, es decir, por

el machismo y la sumisión, o el "síndrome de la mujer sufriendo". Ella sostiene que en México el machismo se encuentra más arraigado en comparación con otras culturas latinoamericanas y afirma que la situación de sumisión de la mujer es ampliamente aceptada por la familia y la sociedad.

De acuerdo con Stevens (1973) (citada por Lara Cantú, 1993), tanto el machismo como la sumisión representan papeles complementarios en las relaciones entre hombres y mujeres, donde se comparten determinadas características principales (Ver Tabla 6).

TABLA 6: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EN EL MACHISMO Y LA SUMISIÓN

EL PAPEL DE MACHO	EL PAPEL DE MUJER SUFRIENDA
Culto a la virilidad a través de:	Culto a lo femenino a través de:
Exagerada agresividad e intransigencia entre varones.	Enseñar que las mujeres son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres.
Actitud de arrogancia y agresión sexual hacia las mujeres.	Gran dependencia y conformismo.
Necesidad de "salirse con la suya".	Falta de imaginación y timidez en la relación con el varón.
Presionar para que otros acepten sus puntos de vista.	En lugar de evitar su sufrimiento, hace que se conozca mostrando actitudes de abnegación.
Ganar cada discusión en que se participa, considerando las opiniones distintas como declaraciones de enemistad.	El centro de atención es el hombre, el cual debe de ser atendido por la madre y las hermanas.
Manejo exagerado de la "dignidad" que lleva a interpretar casi cualquier comentario como un insulto.	Veneración de su sufrimiento y abnegación en el papel de madre.
Conducta intransigente, terca e inflexible.	Mantener una posición económica y social más baja.
Demostración de potencia sexual y capacidad para engendrar, sometiendo a "su mujer", impidiendo que tenga contacto con otros hombres, fecundándola, teniendo un hijo varón y teniendo constantes relaciones extramaritales.	Devaluar la importancia de su trabajo en el hogar.
	Mantener su bajo nivel de escolaridad.
	Falta de apoyo social cuando trabaja fuera del hogar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para Lara Cantú (1993), tanto el poder masculino absoluto, como la pasividad y "santidad" femeninas son mitos que ocultan estilos diferentes en el manejo del poder, impidiendo así que el hombre asuma su verdadera dimensión como un ser humano sensible y justo, mientras la mujer mantiene el control sin perder su imagen de buena y abnegada.

Los papeles y estereotipos sexuales que representamos los hombres y las mujeres en la sociedad, teóricamente corresponden a los guiones de vida descritos por el análisis transaccional. Esta teoría permite explicar la formación de los guiones de vida aprendidos en la familia, sociedad y cultura, así como el guión individual adoptado por uno mismo como reacción a la interpretación de los eventos ocurridos en etapas tempranas de la vida. El estudio de ambos tipos de guiones permite comprender la manera como se desarrolla un "guión de codependencia", como un patrón rígido de comportamiento que se manifiesta en las relaciones interpersonales.

El análisis transaccional también será utilizado para conceptualizar el desarrollo de la personalidad, a través de procesos intrapsíquicos e interpersonales determinados por las psicodinámicas de relación que ocurren en la infancia con figuras afectivamente significativas.

En seguida, para facilitar la comprensión del guión de codependencia, después de una breve introducción al análisis transaccional, se tomará como base la viñeta de un caso clínico con antecedentes de alcoholismo familiar y abuso de alcohol de la pareja. El objetivo será explicar un modelo teórico aproximativo, sin pretender generalizar porque como ya sea ha visto la codependencia puede ir más allá de la problemática por el consumo de alcohol.

V. LA CODEPENDENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

La *International Transactional Analysis Association* (ITAA) define al análisis transaccional como una teoría de la personalidad y un sistema de psicoterapia para el crecimiento y cambio personal. Sin embargo el AT, como comúnmente se le conoce es mucho más que esto, se trata primeramente de una filosofía del ser humano dentro del marco de referencia de la Psicología Humanista, segundo es una teoría del desarrollo de la personalidad, de su funcionamiento intrapsíquico y de la conducta interpersonal, que corresponde a la Psicología del Yo, y tercero, en su aplicación clínica, cuenta con un amplio sistema de técnicas de psicoterapia en continua expansión diseñadas para ayudar a la gente a comprender y cambiar sus sentimientos y conductas (Woollams y Brown, 1978).

Su creador fue el psiquiatra canadiense Eric Berne, él ubicó a su teoría dentro del contexto de la psiquiatría social, enfatizando la importancia de las relaciones interpersonales y de los procesos de comunicación que ocurren entre dos o más personas, a los cuales denominó transacciones.

Como teoría de la personalidad el análisis transaccional integra las dinámicas intrapsíquicas con el comportamiento interpersonal de una manera innovadora. Berne consideraba a su teoría como una extensión del psicoanálisis, al mismo tiempo que realizó una genuina contribución, frecuentemente desconocida, a la psicología del siglo veinte (Clarkson, 1992).

Las técnicas del análisis transaccional pueden ser aplicadas tanto en la psicoterapia breve, como en un tratamiento más profundo y a largo plazo. Aunque en esencia su aplicación se remonta a la psicoterapia de grupo, dado que Berne fue uno de los pioneros en esta modalidad terapéutica (Berne, 1966), es aplicable también a la psicoterapia individual, de pareja y familiar para trabajar con todo tipo de trastornos psicológicos, desde los problemas de la vida cotidiana hasta las psicosis. A diferencia de otras técnicas en la psicoterapia con análisis transaccional el paciente participa de una manera activa en su tratamiento haciendo uso de los conceptos teóricos junto con el terapeuta.

En una encuesta llevada a cabo por el personal de Reportes al Consumidor (*Consumer Reports*) en los Estados Unidos de Norteamérica, bajo la dirección del Dr. Martin Seligman (1995), se probó la efectividad

de la psicoterapia realizada por un grupo de analistas transaccionales, en comparación con la psicoterapia aplicada por otros grupos de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros matrimoniales con otras especialidades. Las respuestas por correo a los cuestionarios de 2900 personas, que habían estado en tratamiento de psicoterapia durante los últimos cinco años, determinó que la efectividad de los analistas transaccionales fue mayor ($p < 0.01$) que la de los otros grupos (Novey, 1999). Actualmente el Dr. Theodore Novey, esta llevando a cabo un seguimiento de este estudio con una población internacional compuesta por pacientes de analistas transaccionales que viven en diferentes países del mundo.

En este estudio se decidió utilizar el análisis transaccional dada su efectividad en la psicoterapia y las posibilidades que ofrece para explicar con sencillez y claridad las complejas estructuras mentales, así como los problemas que surgen de estas en las relaciones interpersonales. Además, la teoría también se presta para ilustrar el desarrollo de la codependencia y observar la manera como se introyectan en los estados del yo las psicodinámicas de relación que se vivieron los primeros años de vida. Para facilitar la comprensión de dicho proceso, más adelante se presentará un caso clínico típico de codependencia, partiendo del paradigma de la familia alcohólica generalmente utilizado para ilustrar este problema.

En el AT se utilizan diagramas y una terminología específica, algunas veces coloquial, para representar y denominar a los constructos teóricos, esta terminología al paso del tiempo ha pasado a ser parte del dominio popular, por lo que muchas veces son utilizados como parte de otras teorías psicológicas.

A. ANTECEDENTES DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Eric Berne desarrolló su teoría en la década de los años cincuenta a través de los Seminarios de Psiquiatría Social en San Francisco, California. Durante estos años, los martes por la noche, un grupo de profesionales interesados en el campo de la salud mental acudían a estos seminarios impartidos por Berne donde él exponía sus ideas y todos discutían de manera activa los diferentes conceptos del análisis transaccional. Al paso del tiempo, Berne fundó la ITAA (Asociación Internacional de Análisis Transaccional), fue entonces cuando el análisis transaccional empezó a captar la atención de los

profesionales a nivel internacional, en la actualidad esta asociación cuenta con miembros en casi todos los países del mundo.

Berne publicó un total de ocho libros y múltiples artículos, su estilo literario era creativo y original, utilizaba el sentido común y un agudo sentido del humor. Los libros sobre análisis transaccional, tanto de Berne, como de sus seguidores, han llegado a ser muy populares y se han vendido por millones.

Al inicio de su vida profesional, Berne dedicó varios años de su vida al pensamiento y práctica del psicoanálisis. Llevó a cabo su entrenamiento en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York, su primer analista fue Paul Federn, un destacado miembro de la famosa sociedad de Freud que se reunía los miércoles por la noche en Viena y encargado de preservar los escritos de esa época (Numberg y Federn, 1979). Berne realizó otra parte de su análisis personal con Eric Erikson, de él también tomó algunas ideas como base para el desarrollo de su teoría.

Berne consideraba a Fairbairn con su teoría de relaciones objetales, como el puente heurístico entre el psicoanálisis y el análisis transaccional. Sin embargo siempre reconoció que sus principios teóricos se aproximaban más a los puntos de vista de Federn y de su pupilo Adoardo Weiss. Federn fue el primero en afirmar que la realidad psicológica se encuentra basada en estados del yo, al encarar el problema de la estructura de la personalidad desde el punto de vista fenomenológico (Federn, 1952/1984).

En la última guerra, Berne empezó a poner en práctica sus conceptos teóricos, trabajando con los soldados en psicoterapia de grupo. Esta experiencia le permitió comprobar sus estudios sobre intuición, en los que se encuentra basada su teoría de los estados del yo.

Otros investigadores de aquella época también influyeron en el pensamiento de Berne. Este fue el caso de Penfield, quien demostró la existencia de estados del yo completos y discretos en sus experimentos neuroquirúrgicos, al lograr evocar recuerdos en sujetos epilépticos, por medio de la estimulación eléctrica directa de la corteza temporal desnuda de cada hemisferio cerebral (Penfield y Roberts, 1959). También tomó como base para la confirmación de su teoría los estudios de Chandler y Harman, demostrando así una similitud entre la reactividad farmacológica de los estados del yo arcaicos, al utilizar la droga LSD, con

la que se obtiene por medio de la estimulación eléctrica de la corteza cerebral. Otro autor que influyó a Berne fue René Spitz (1959) con sus descubrimientos de cómo los niños pequeños privados de contacto físico durante un largo periodo de tiempo, tienden a declinar irremisiblemente y están propensos a sucumbir eventualmente en una depresión, en este último autor se basó para desarrollar otra parte de su teoría que se refiere a el hambre de estímulos, como motivación en las relaciones humanas (Berne, 1961, 1974, 1975).

Entre los mayores aciertos de Berne, se encuentra el hecho de haber creado una teoría que permite explicar las complejas estructuras de la personalidad con un lenguaje accesible, sencillo y fácil de comprender y el haber descubierto a través del análisis de las transacciones una metodología para analizar a fondo las motivaciones y patrones de vida de las personas, mientras éstas se comunican entre sí. Estos descubrimientos constituyen para sus seguidores un legado de motivación constante para la continua investigación y la expansión de estos conocimientos, es así como el análisis transaccional ha sido utilizado para explicar la psicodinámica de diversos trastornos mentales.

B. CASO CLÍNICO DE CODEPENDENCIA

El siguiente caso aborda el concepto de la codependencia en referencia a la interacción, es decir al tipo de relación, que ejerce el alcohólico con su pareja (Stringham, 1993) y al papel que ambos juegan como modelo para sus hijos. En el caso de los niños, éstos aprenden conductas y actitudes de sus padres y del ambiente en donde crecen, mismas que influyen en el desarrollo de su personalidad, ocasionando que posteriormente funcionen como agentes transmisores del problema a través de varias generaciones (Wright, 1992). Este caso, proveniente de la práctica privada de la autora, será retomado en varias ocasiones para ilustrar los conceptos teóricos.

María, una paciente de 38 años, acude a un centro de salud porque sufre de fuertes dolores de cabeza y de espalda, dice sentirse siempre cansada y sin ánimo para hacer nada. Conforme el médico la interroga, queda claro que María vive en un estado de tensión constante. Todos los fines de semana su marido se emborracha y se gasta el dinero de su salario con los amigos, o se queda en casa y por cualquier detalle

actúa con violencia hacia ella, o con alguno de sus tres hijos. Unos días antes él había golpeado a su hija mayor de 8 años porque trató de enfrentarlo para impedir que siguiera insultando a su madre. Dicha situación provocó recuerdos aterradores en María: a sus diez años de edad ella había vivido una escena similar con sus propios padres y al parecer la historia se repetía. Cuando María era niña una noche despertó escuchando los gritos de su madre que la llamaba con desesperación, porque su padre, que esa noche había llegado borracho, la estaba golpeando brutalmente. Ella se interpuso entre los dos y logró que su padre se controlara, pero él se fue de la casa y nunca más volvió. María recordó en la consulta como fue que esa noche, temblando de miedo, se juró a sí misma nunca casarse con un hombre alcohólico. Sin embargo desde entonces, María se sentía culpable cada vez que su madre lloraba por el abandono de su marido, además se sentía enojada por la incapacidad que su madre había demostrado para establecer los límites necesarios ante la situación de abuso que afectaba a todos los miembros de su familia.

Durante su adolescencia, a María le resultaba difícil relacionarse con los muchachos, se sentía muy nerviosa e insegura con ellos. Se dedicó a estudiar y terminó una carrera, al mismo tiempo consiguió un trabajo bien remunerado y se hizo cargo del sustento económico de la familia. María siempre era reconocida por sus jefes, amigos y familiares, debido a su sorprendente capacidad, gran responsabilidad y dedicación. En el trabajo, María conoció a Juan, un hombre paternalista, ocho años mayor que ella y abstemio, él aborrecía el alcohol porque en su familia también había habido problemas de alcoholismo. A sus 30 años, María decidió dejar de trabajar y casarse con él, juntos procrearon tres hijos. Poco después de la boda Juan empezó a beber hasta llegar a establecer un patrón de conducta que al paso del tiempo se ha vuelto repetitivo: los fines de semana Juan bebe en exceso, los dos discuten y con frecuencia, él ejerce actos de violencia física o maltrato emocional hacia ella, al día siguiente se arrepiente, le suplica a María que no lo deje, le dice lo mucho que la quiere y ella lo perdona.

Como Juan también proviene de una familia donde su padre era alcohólico, muchas veces él fue testigo de los actos de violencia de su padre en contra de su madre. Esto lo sabe María y por lo mismo lo justifica, ella cree que él está pasando por una mala racha y quiere ayudarlo a cambiar. Dice que lo ama y le aterriza el tener que pensar en la posibilidad de separarse, además de que ella ya no trabaja y se siente incapaz de poder solventar su situación económica. María no quiere que sus hijos se den cuenta de lo que

pasa (aunque de hecho lo saben), por lo que realiza esfuerzos vanos por adivinar el pensamiento de Juan y evita contradecirlo para que no se enoje.

María lleva casi toda su vida de casada viviendo así, tratando de cubrir las apariencias para que nadie se de cuenta de su problema. Sin embargo en la entrevista admitió sentirse "como atrapada", incapaz, tonta y fea. También manifestó sentirse confundida, al mismo tiempo que reportó un sentimiento de despersonalización, al decir "cada vez me siento más como si fuera otra persona y no yo misma la que habita en mi cuerpo". Cree que todos sus problemas terminarían si su marido dejara de beber, pero cuando siente perder las esperanzas de que él cambie, entra en desesperación y se siente culpable al recordar sus propios problemas de niña, porque cree que Juan cambió desde que se casó con ella, es por eso que ha llegado a pensar que todos estarían mejor si ella desapareciera y en ocasiones tiene fantasías de suicidio.

C. LA INTROYECCIÓN DE LOS GUIONES EN LOS ESTADOS DEL YO

El caso de María refleja un guión de codependencia, es decir un patrón de relación con la pareja en parte aprendido de su madre, a la vez de un rol de rescatadora "decidido" por ella misma desde su infancia y reforzado a través de su adolescencia y de los primeros años de su vida adulta.

Para comprender la teoría de guiones conviene primero conocer la manera como se encuentra estructurada la personalidad en estados del yo. El análisis estructural de los *estados del yo*¹ fue el punto de partida de Eric Berne en su evolución del psicoanálisis tradicional a los métodos de interacción psicodinámica del análisis transaccional. Como una ampliación de los conceptos teóricos Freudianos del yo, la teoría del análisis transaccional propone un modelo de personalidad basado en tres órganos psíquicos: *exteropsíquico*, *neopsíquico* y *arqueopsíquico*. A dichos órganos o sistemas se les conoce como: *Estado del yo Padre*, *estado del yo Adulto* y *estado del yo Niño*².

¹ Los conceptos teóricos del análisis transaccional para distinguirlos serán escritos con letras itálicas conforme se vayan introduciendo en el texto.

² Se utilizarán las palabras Padre, Adulto y Niño (con mayúsculas) para referirse a los estados del yo y padre, adulto y niño para mencionar a las personas.

Eric Berne definió a los estados del yo de la siguiente manera:

"Fenomenológicamente, un estado del yo se puede describir como un sistema coherente de sentimientos relacionados a un sujeto dado, y operacionalmente como un conjunto de normas coherentes de conducta; o pragmáticamente, como un sistema de sentimientos que motiva a un conjunto relacionado de normas de conducta" (p. 15).

De manera más sencilla se puede decir que un estado del yo es un sistema compuesto de pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas. Todas las personas tienen a su disposición un amplio repertorio de estados del yo que suelen ser evocados por un estímulo determinado.

1. El estado del yo Padre.

El estado del yo Padre está formado por la introyección de figuras parentales. Es una colección de estados del yo que reproducen las actitudes, pensamientos, conductas y sentimientos, que la persona ha tomado de fuentes externas y que ahora conforman una parte de su personalidad. La introyección es un mecanismo de defensa frecuentemente utilizado cuando no existe suficiente contacto psicológico entre el niño(a) y los adultos responsables por cubrir sus necesidades.

Cada individuo ha tenido padres, abuelos, o sustitutos que lleva en su interior, por medio de este conjunto de estados del yo, el individuo reproduce su percepción en cuanto a la manera de pensar, sentir y actuar de dichas personas. En esta parte de la personalidad se encuentran también las reglas, valores y principios aprendidos de la familia, la sociedad y la cultura. El estado del yo Padre es útil porque permite que el individuo cuente con una manera automática para tratar de resolver las diversas situaciones de su vida. Sin tener que esforzarse por pensar, cuenta con elementos aprendidos que le permiten funcionar, obviamente algunas veces de manera apropiada, y otras no.

En el caso de María, ella tiene introyectados en su estado del yo Padre, los modelos de sumisión de su madre y de su abuela, así como de la cultura que dicta determinadas normas de comportamiento para las mujeres. También en su estado del yo Padre, se encuentra un modelo de figura masculina tomado de su

padre, como una figura distante que no toma en cuenta sus necesidades afectivas, es así como en su vida adulta inconscientemente busca llenar ese vacío al relacionarse con una pareja con características similares.

Como el estado del yo Padre es un sistema donde las personas tienen incorporados modelos de otras personas, cuando es necesario, éstos viejos modelos pueden ser modificados y actualizados como parte de un tratamiento de psicoterapia. El paciente puede crear nuevos estados del yo para sí mismo y desactivar aquellos que reproducen actitudes y conductas inapropiadas para su sano desarrollo personal.

2. El estado del yo Adulto.

Este estado del yo se activa para resolver problemas, analizar situaciones y anticipar resultados. Se trata de una parte de la personalidad que aprecia la realidad de manera objetiva. Funciona como un acervo de información técnica almacenada, que se asemeja a la base de datos de una computadora, capaz de activar los programas necesarios para facilitar la resolución de problemas. También es posible estimularlo para desarrollar nuevas funciones que permitan el desarrollo del propio potencial. Es con el Adulto que las personas toman conciencia tanto de su realidad interna como externa, a través de su capacidad de "insight". El Adulto del paciente es el principal aliado en la terapia, porque le permite funcionar de una manera consciente y lógica, en el aquí y en el ahora, facilitando el que se de cuenta de lo que le está sucediendo en sus otros estados del yo y en sus relaciones con las demás personas, en el caso de María, su Adulto no funciona adecuadamente porque se encuentra *contaminado* por sus estados del yo Padre y Niño.

3. El estado del yo Niño.

Como reliquias de su pasado, todo individuo lleva en su interior un conjunto de estados del yo que corresponden a etapas previas de su desarrollo. Berne (1961) definió al estado del yo Niño de la siguiente manera: "reliquias de la propia infancia del individuo (p.77). Los estados del yo Niño son la entera personalidad del sujeto como fue en un período previo de su vida (Berne, 1961). Cuando los estados del yo Niño son estimulados en el presente, por medio de situaciones similares a las que el sujeto experimentó en

el pasado, éstos se activan de tal manera que el sujeto responde volviendo a sentirse como cuando era un niño o una niña.

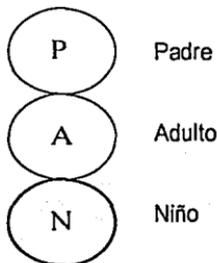
Cuando un niño(a) experimenta situaciones traumáticas con una fuerte carga emocional, en que sus necesidades de contacto afectivo quedaron insatisfechas, sus sentimientos, pensamientos y actitudes de ese momento se quedan fijados en su personalidad como estados del yo Niño; es así como el sujeto se queda atrapado en su pasado, con la tendencia a repetir de manera inconsciente dichas situaciones con otras personas en su vida adulta, por medio de *juegos psicológicos*. Es por eso que los analistas transaccionales decimos que todos llevamos a un niño o a una niña en nuestro interior. De manera paradójica, ésta parte de la personalidad puede ser tanto la más valiosa por su frescura, creatividad y autenticidad, como la más peligrosa cuando el paciente continúa buscando cubrir sus necesidades insatisfechas de la infancia, porque al intentar hacerlo inevitablemente se estimula el estado del yo completo con todos sus asuntos no resueltos.

En el estado del yo Niño de María se encuentran fijados tanto sus sentimientos de falta de protección y abandono que experimentó en su infancia, así como sus sentimientos de culpa cuando se sintió responsable de la separación de sus padres. Para compensarlos María decidió desde niña actuar de manera protectora hacia su madre y con su familia, ella no sabe que son estos sentimientos los que le impiden pensar claro y establecer límites con su marido, a la vez que propician el que ella continúe exagerando su responsabilidad hacia los demás, sin tomar en cuenta sus propias necesidades.

Por tratarse de un sistema, dónde se alojan las situaciones traumáticas del pasado, también puede suceder que eventos tales como la experiencia de un asalto, o vivencias de maltrato en la vida adulta, se queden fijadas en este estado del yo, es así como se producen los síntomas correspondientes a un Trastorno por Estrés Postraumático (APA, 1995), dado que propician una hipersensibilidad en el paciente ante otras situaciones similares. La terapia enfocada a este estado de yo tiene por objetivo desconfundir al Niño, resolver dichas fijaciones y liberar la energía atrapada para lograr un crecimiento personal.

La estructura de los estados del yo se representan por medio del siguiente diagrama (Ver Figura 1):

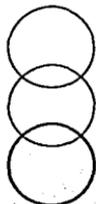
FIGURA 1: DIAGRAMA ESTRUCTURAL DE LOS ESTADOS DEL YO.



En el caso de María, es posible observar como a través de su estado del yo Padre actúa con su hija de manera similar a como su madre lo hacía con ella cuando era una niña. María carece en su estado del yo Padre de presencia paterna, tanto por haber tenido un padre ausente, como por haber tenido una madre que se aislaba cuando se sentía deprimida y que no sabía poner límites ante el abuso de su marido. Es por medio de su estado del yo Niño, que María responde ante las situaciones que vive con su marido, con angustia de separación, miedo y culpa, al mismo tiempo que afloran otros sentimientos que experimentaba de niña tales como la vergüenza y la devaluación que le impiden hablar de sus problemas familiares, con alguien más fuera de su familia.

La falta de conciencia de lo que ocurre en sus estados del yo Padre y Niño, produce en María una *contaminación* de su estado del yo Adulto (Ver Figura 2), éste fenómeno le provoca confusión y negación de la realidad, características propias de los casos de codependencia.

FIGURA 2: DIAGRAMA DE CONTAMINACIÓN DEL ESTADO DEL YO ADULTO



D. EL SÍNDROME DE PASIVIDAD

La codependencia surge cuando se interrumpe el desarrollo normal de la personalidad, es decir cuando un niño(a) no logra completar sus etapas de desarrollo en la infancia porque los eventos que suceden a su alrededor lo obligan a comportarse como un adulto de manera prematura. Recordemos que cuando María tenía diez años, tuvo que tomar el papel de un adulto para impedir que su padre siguiera maltratando a su madre. A partir de entonces, ella ya no volvió a jugar como todas las niñas, sus pensamientos y sentimientos se encontraban enfocados en apurarse a crecer para hacerse cargo de la familia. La postura infantil y de dependencia de su madre, hacia que se sintiera obligada a cuidar de ella y de sus hermanos. Las disfunciones familiares son una consecuencia de este tipo de situaciones en donde se alteran o invierten los roles entre los miembros de una familia.

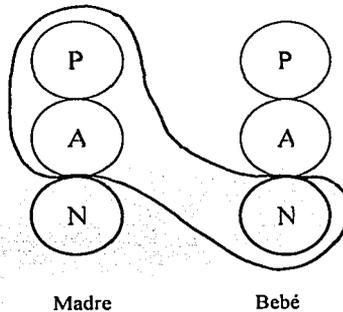
Al paso del tiempo, cuando María experimentaba con su marido, situaciones similares a las que vivió su madre, afloraban en ella los sentimientos de falta de valoración y miedo que tuvo que reprimir en su niñez, por eso evitaba a toda costa el tener que separarse de él. Además, sin darse cuenta con su propia hija María se encontraba repitiendo la misma historia. Esta repetición proviene de la madre de María, quien para sobrevivir estableció una relación simbiótica con su hija, como una manera de cubrir su inmadurez. Este guión de vida, podría perpetuarse a través de varias generaciones por medio de una serie interminable de simbiosis entre los protagonistas. Estas simbiosis patológicas ocurren como parte de un *síndrome de pasividad*, junto con otros procesos: *descalificación*, *grandiosidad* y *conductas pasivas o no productivas*.

1. La simbiosis primaria.

El término simbiosis proviene de la biología y explica el fenómeno que sucede cuando un organismo necesita de otro para poder seguir vivo; si uno se muere, el otro también morirá. Los seres humanos, de manera natural y necesaria, establecemos en la gestación una relación simbiótica, es decir de dependencia mutua con nuestra madre. A dicha relación se le conoce en el análisis transaccional como *simbiosis primaria* (Shiff, 1975), o *simbiosis saludable*. En la Figura 3, es posible observar una simbiosis saludable

entre un bebé y su madre. En el inicio de su desarrollo, el bebé únicamente cuenta con su estado del yo Niño, porque aún no tiene desarrollados sus estados del yo Padre y Adulto. La madre suplente esta falta utilizando ella sus estados del yo Padre y Adulto para cuidar del bebé. Durante este período la madre pospone sus propias necesidades en su estado del yo Niño a un segundo término, al darle prioridad a las de su bebé. Este fenómeno sucede desde la gestación y posteriormente durante la lactancia, en donde dicha simbiosis es además biológica; de esta manera tanto el bebé, como la madre se complementan como si los dos fueran una misma persona.

FIGURA 3: DIAGRAMA DE UNA SIMBIOSIS PRIMARIA O SIMBIOSIS SALUDABLE



Una vez que la simbiosis biológica ya no existe, ésta relación persiste de manera psicológica, el bebé sigue experimentando a su madre como una continuidad de él mismo y la madre siente que su bebé es también una parte de ella misma. Se trata de una relación en la que aún no existen límites entre las dos personas, por lo que todos los sentimientos que la madre experimenta, el/la bebé los siente como si fueran propios y viceversa. Melanie Klein (1975) explicó este tipo de relación temprana entre un bebé y su madre, desde la teoría de relaciones objetales. A través de dichas relaciones, el individuo empieza a introyectar desde muy temprana edad, sus objetos buenos y malos, es decir sus percepciones gratificantes y no gratificantes de la madre, a través de sus estados del yo.

Conforme el bebé crece, paulatinamente empieza a diferenciarse de su madre, esto sucede conforme el niño o niña aprende a utilizar sus propios recursos para sobrevivir, momento en que la madre aprovecha para nuevamente ocuparse de sí misma. El final de la adolescencia está marcado por la terminación de la *simbiosis primaria*, un proceso que inicia desde la gestación y termina cuando la niña³ se convierte en un adulto.

Sin embargo ésta situación no siempre sucede así. El proceso natural de desarrollo en los niños puede quedar interrumpido bruscamente cuando la madre se encuentra ausente, ya sea por muerte, por negligencia, por abandono físico, o emocional. Una situación de abandono emocional puede también ocurrir cuando la madre se encuentra deprimida durante el embarazo o la lactancia (Ortega, Lartigue y Figueroa, 2001), o demasiado ocupada por otras actividades, de tal manera que no logra establecer con su bebé una experiencia de contacto íntimo, ni tampoco un vínculo afectivo que le brinde el amor, cuidados, seguridad y confianza que necesita. Esta situación se presenta con bastante frecuencia en las familias donde existe alcoholismo. Si la madre es la alcohólica, por razones obvias actuará con actitudes de negligencia y abandono hacia sus hijos. Si la madre tiene problemas de codependencia con su pareja, puede ser que se encuentre deprimida, confundida o preocupada, por lo que el abandono que sufren sus hijos no es tanto de tipo físico, sino emocional.

Las fijaciones en el estado del yo Niño ocurren cuando quedan insatisfechas las necesidades infantiles de contacto. Cuando esto sucede, la niña se queda fijada en la simbiosis primaria, de tal manera que en su vida futura buscará establecer relaciones íntimas de dependencia con la ilusión de sustituir lo que le faltó y cubrir de esta manera sus necesidades de contacto insatisfechas; al mismo tiempo paradójicamente por medio de sus defensas, estará evitándolas porque le resultan amenazantes, debido a que no está acostumbrada a tenerlas. Las introyecciones en el estado del yo Padre ocurren cuando existe una carencia de contacto psicológico entre la niña y los adultos responsables por cubrir sus necesidades. Al internalizar a sus padres, el conflicto con la madre se revierte hacia el propio ser. La paciente puede llegar a experimentar este conflicto por medio de pensamientos denominados *diálogos internos* entre sus estados del yo, con los cuales constantemente se *descalifica* o subestima a sí misma. La función de la introyección

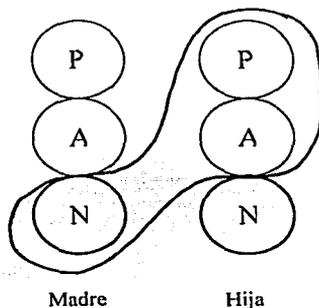
³ A partir de este momento, la mayoría de los ejemplos y la redacción estarán enfocados en niñas, por tratarse de un estudio realizado con mujeres. Con algunas diferencias, este fenómeno sucede de manera similar en los varones.

es proporcionar la ilusión de mantener una relación con el padre ausente, aunque sea a expensas del propio ser (Erskine y Trautmann, 1993).

2. La simbiosis secundaria

Se conoce como *simbiosis secundaria*, o *simbiosis patológica* a la relación con los padres en que se invierten los roles. La Figura 4 ilustra como María, aún siendo una niña, pretendió ocupar en la relación con su madre los estados del yo Adulto y Padre que le correspondía a su progenitora, mientras que la madre ocupaba el estado Niño, por medio de un comportamiento dependiente e inmaduro. Esta situación es muy común entre los hijos de alcohólicos; cuando se crece en un ambiente caótico y se perciben la actitud de los padres como infantil, la defensa para alguno de los hijos es el *decidir* hacerse cargo de la familia. Es frecuente que este papel lo asuman las hijas mayores.

FIGURA 4: DIAGRAMA DE UNA SIMBIOSIS SECUNDARIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una simbiosis secundaria puede ocurrir desde etapas muy tempranas del desarrollo: la madre se encuentra deprimida, tiene una bebé recién nacida y mientras la carga o alimenta llora con ella a la vez que siente que su hija la consuela de sus penas. Puede ser que dicha bebé cuando crezca se encuentre programada para ser quien cuide de su madre indefensa, asumiendo un papel de adulto desde la infancia. Es así como paulatinamente se desarrollan las conductas de control que son comunes en la mujer

codependiente, para comprenderlo basta con imaginarse a una niña asustada por actos de violencia familiar que trata de actuar como un adulto para sentirse segura y no parecer vulnerable hacia los demás. Su manera de hacerlo será asumiendo actitudes precoces de autoridad por medio de patrones rígidos de comportamiento, de ésta forma logra reprimir sus emociones y siente que puede controlar la conducta de los demás. Es así como aprende a cuidar de otros para compensar en parte su necesidad de protección, a la vez que trata de evitar a toda costa una posible y dolorosa separación.

Se conoce como *simbiosis no resuelta*, tanto a la situación en que se presenta una carencia de simbiosis primaria con la madre, como al problema que ocurre cuando existe una simbiosis secundaria. En ambos casos, las personas tienden a establecer relaciones de dependencia en su vida adulta, con la finalidad inconsciente de cubrir sus necesidades infantiles que se encuentran latentes. Es así como la mujer codependiente muchas veces alterna su lugar en la simbiosis con su pareja, funcionando por momentos del lado del Padre y del Adulto, y en otros del lado del Niño. El problema es que en ninguno de los dos casos logra integrar su completa personalidad, sino que vive en función de complementarse con otros.

Es por esto que la codependencia en su esencia se presenta como un problema de falta de identidad, donde a la mujer le resulta difícil diferenciar lo que cree, piensa y siente, de lo que creen, piensan y sienten las otras personas con quienes establece relaciones simbióticas. Esta situación no le permite establecer límites ante las situaciones de abuso, dado que no logra diferenciar dónde termina ella y dónde empiezan los demás; como consecuencia, se confunde fácilmente y reacciona la mayor parte del tiempo dependiendo de la aprobación o desaprobación que recibe de su entorno.

La paciente codependiente tiende a establecer relaciones simbióticas: con sus hijos, con sus propios padres, con sus hermanos y con la sociedad en general porque funciona como una persona incompleta que tiene que buscar su complemento en otra persona. Esta situación explica su dificultad para establecer una relación de pareja donde exista respeto y un contacto verdadero, así como su imposibilidad para separarse cuando es necesario.

3. Descalificación y grandiosidad.

La *descalificación* y la *grandiosidad* son mecanismos que se encuentran presentes en todas las relaciones simbióticas, siendo las caras opuestas de una misma moneda. La persona involucrada en este tipo de relaciones ,descalifica uno o más de sus estados del yo. Al mismo tiempo, a través de la grandiosidad exagera las cualidades o defectos de sí misma y de otras personas.

Jacqui Schiff (1975) define a la descalificación de la siguiente manera: "un mecanismo interno por medio del cual la persona minimiza o ignora algún aspecto de sí misma, de otro o de la realidad de la situación" (p.14). Algunos ejemplos de pensamientos en donde se encuentra presente la descalificación son los siguientes: "sin él, yo no podría vivir", "él no es capaz de cuidarse a sí mismo", "todo el problema es porque él se encuentra pasando por una mala racha". La descalificación no es observable, sin embargo puede apreciarse su manifestación externa por medio de las conductas pasivas que se explicarán más adelante. Por medio de la descalificación la persona mantiene su marco de referencia disfuncional.

Por su parte, la grandiosidad es "un mecanismo interno por medio del cual se exageran (maximizando o minimizando) algunos aspectos de sí mismo, de otros, o de la situación" (Shiff, 1975, p. 18). Como ejemplo se puede tomar el siguiente testimonio de una paciente codependiente: "tenía tanto miedo que no podía pensar". Ella exagera su emoción, a la vez que minimiza su habilidad para pensar cuando está asustada. "Después de todo, él es encantador cuando esta sobrio", dice una paciente después de la reconciliación que sigue a un episodio de violencia doméstica". "Mi amor y el estar lejos de su madre harán que él cambie", piensa María mientras espera que su marido deje de beber.

La descalificación abarca cuatro niveles:

- a. Descalificar la existencia del problema. – Cuando se presenta la negación como mecanismo de defensa (Freud, 1925; Freud, 1992). P. ej., un joven, hijo de una familia con problemas de alcoholismo, empieza a beber en exceso y comenta que la vida no vale la pena - La madre cree que está exagerando y que quiere manipularla para llamar su atención.

- b. Descalificar el significado del problema. – Ella sabe que su hijo está deprimido, pero cree que son problemas propios de la edad, no se da cuenta de lo mucho que le afecta la conducta de ella y la de su marido.
- c. Descalificar la solución del problema. – Cree que ella no puede hacer nada y que todos los problemas terminarían si tan solo su marido dejara de beber.
- d. Descalificar la propia capacidad de resolver el problema. – Sabe que existen grupos de autoayuda, donde acude la gente con problemas similares a los de ella, pero dice que está muy ocupada y que a ella no le funcionan esas cosas.

Las relaciones simbióticas ocasionan también sentimientos de rebeldía y enojo. Estos sentimientos reprimidos se manifiestan por medio de conductas de tipo pasivo – agresivo, conocidas como *conductas pasivas o no productivas*.

4. Conductas pasivas o no productivas.

En las relaciones simbióticas, las personas involucradas escalan poco a poco y en repetidas ocasiones, las denominadas conductas pasivas o no productivas, como una manera de posponer o evitar la resolución de sus problemas. Comúnmente, la primera conducta es no hacer nada; se suele continuar con la sobre-adaptación, posteriormente con la agitación y finalmente, con la incapacidad o la violencia. En esta última, se manifiesta una descarga fuerte de energía, para después volver a la primera conducta y así seguir una y otra vez sin dar una verdadera solución a su problema. A continuación se describen algunos ejemplos para cada una de las conductas pasivas:

- a. No hacer nada – p. ej., el marido se emborracha, se pone agresivo y la esposa codependiente llora y se queja con los hijos. El marido se enoja y como represalia sigue tomando.
- b. Sobre-adaptación – p. ej., la esposa codependiente llama al trabajo de su marido para justificar su ausencia porque él se encuentra bajo los efectos de una "cruda", miente para encubrirlo con la familia, esconde las bebidas alcohólicas y piensa que todos los hombres son iguales.

- c. Agitación – p. ej., la esposa se pone muy nerviosa cuando su marido empieza a tomar, fuma en exceso, da vueltas y no termina de hacer sus cosas. Otras veces, ante la impotencia, decide mejor ponerse a beber junto con él.
- d. Incapacidad o violencia – p. ej., la esposa revierte su enojo hacia ella misma, se deprime, intenta suicidarse, o somatiza enfermedades. Cuando dirige su agresión hacia afuera, grita, insulta a su marido y ambos pelean.

La mujer codependiente desde niña, ha aprendido a manejar estas conductas pasivas, dado que ella misma fue objeto de la descalificación de sus padres. Es así como sin darse cuenta, desde pequeña empieza a traicionar sus ideales y necesidades en función de la aprobación y el reconocimiento de los demás. Esta descalificación de sí misma oculta mucho dolor; conforme pasan los años y lo sigue haciendo, llega al punto en que se pierde a sí misma hasta el punto de ya no saber quién es, ni qué es lo que realmente quiere hacer con su vida.

Tanto las *conductas pasivas* como la *descalificación* y la *grandiosidad* tienen por objeto perpetuar la simbiosis. A éste conjunto de síntomas se le conoce como *síndrome de pasividad* (Shiff, 1975). Para resolver la simbiosis, la mujer necesita reconocer sus necesidades personales que se quedaron atrapadas en las etapas previas de su desarrollo, vivir el duelo por sus pérdidas y comprender que nadie podrá darle ahora lo que le faltó desde niña. Una vez que logre ella misma hacerse cargo de sus carencias, podrá descubrir opciones para completar su desarrollo y aceptarse a sí misma para funcionar como una persona íntegra que puede crecer y valorarse.

Cuando la simbiosis no logra resolverse, la persona seguirá inconscientemente buscando en su vida adulta, relaciones en las que pueda resignificar el lugar que ha ocupado en la simbiosis. Como se revisará a continuación, esta psicodinámica determina en gran medida el guión de la persona, debido a que se trata de repetir una única pauta conocida para establecer relaciones interpersonales.

E. LOS GUIONES DE VIDA

El análisis de los *guiones de vida* permite conocer más profundamente la conformación de la personalidad. Los que suelen analizarse con mayor frecuencia son los *guiones individuales*, es decir, aquellos que el paciente *decidió* desde sus primeros años de vida y que por lo tanto se encuentran ubicados en su estado del yo Niño. Sin embargo, existen otros tipos de guiones que conviene analizar para los fines de esta tesis, como son los *guiones por género*, los *guiones culturales* y los *guiones familiares*, mismos que la paciente introyecta desde niña en su estado del yo Padre.

1. Guiones individuales

Un *guión* es un plan de vida preconsciente realizado en la infancia, reforzado por los padres y justificado por eventos subsecuentes, que culmina en una alternativa seleccionada* (Berne, 1974, p. 41). De acuerdo con ésta teoría, las personas representan un guión a través de su vida, de manera similar a la actuación de un papel que realiza un actor en una obra de teatro. Es así, como sin darse cuenta una persona va *decidiendo* la historia de su vida. En la mayoría de los casos, sin que lo perciban los adultos, los niños deciden desde pequeños el guión de su vida. Este determinará su estilo de vida en varios sentidos, así como el tipo de personas con las que se va a relacionar en su vida adulta, quedando implícita la expectativa de cómo los demás le van a responder. Suele suceder que en el guión también se encuentre oculta la decisión de cuándo y de qué manera se va a morir. Berne (1966) sostenía una postura pesimista con respecto a la resolución de los guiones de vida, sin embargo sus seguidores han descubierto potentes técnicas de psicoterapia que permiten a las personas identificar y *redecidir* sus guiones de vida (Goulding y Goulding, 1979).

El *protocolo* del guión es la escena primaria de la infancia en dónde se decidió el guión de vida (Woollams y Brown, 1978). Éste puede corresponder a un episodio único, a una situación traumática con una fuerte carga emocional; o bien puede tratarse de una psicodinámica de relación entre el niño(a) y una figura parental que ocurrió en repetidas veces, como sucede en la simbiosis no resuelta. En el caso de María, el protocolo es la escena que recuerda de su infancia cuando ella tenía 10 años de edad y en la que se interpuso para que su padre dejara de maltratar a su madre, situación que -según ella- ocasionó que su

padre se fuera de la casa. Dicho protocolo marcó la vida de María como un asunto no resuelto, de tal manera que a través de su vida adulta en repetidas ocasiones vuelve a experimentar situaciones similares con su pareja, donde sus emociones y pensamientos de niña suelen aparecer una y otra vez.

Al proceso mediante el cual un niño decide su guión se le conoce como *decisión temprana*, por tratarse del compromiso que realizó consigo mismo para seguir un determinado comportamiento a través de su vida (Woollams y Brown, 1978). La decisión temprana de María fue: "yo nunca me casaré con un hombre alcohólico", cabe recordar que cuando María inició su relación con Juan él bebía muy poco y eso a ella le gustó. Sin embargo ella no vio que al paso del tiempo cada día empezaba a beber más con su familia donde el abuso de alcohol era muy frecuente, porque ella sentía en ese ambiente que era muy valorada por todos ellos.

El guión se encuentra basado en la interpretación que un niño hace de los eventos que suceden a su alrededor, y en la conclusión de sobrevivencia que realiza para adaptarse de la mejor manera posible al medio ambiente que le rodea. Es así como el guión se internaliza en el estado del yo Niño de las personas, de tal manera que en su vida adulta muchas veces siguen viviendo de acuerdo a las decisiones que tomaron en su infancia. Esto da lugar a que los demás les respondan de manera similar a las personas significativas de su pasado, por lo que terminan repitiendo con otros individuos estilos de relación similares a los que sostenían con sus padres en el pasado. Por lo tanto se trata de la repetición compulsiva de una situación traumática, en la que se establece una psicodinámica de relación que lleva al sujeto a repetir los viejos asuntos no resueltos de su pasado.

Años atrás, Freud (1976/1922) hacía referencia a revivir lo reprimido a través de una vivencia presente, en vez de recordarlo, como una reproducción que emerge con fidelidad no deseada. Es así como por absurdo que parezca, todo asunto traumático no resuelto, tiende a repetirse a través de la vida. En la psicoterapia esta situación puede abordarse de una manera más optimista, cuando el paciente llega a comprender que el guión puede representar una segunda oportunidad que nos brinda la vida, con la finalidad de que podamos resolver nuestros asuntos pendientes y así poder liberar la energía emocional que se encuentra atrapada limitando el completo desarrollo.

También existen guiones de vida sanos y constructivos, mismos que los pacientes necesitan reconocer para reforzarlos, dado que éstos representan una fuente latente de valoración personal, poder y energía; además de que les proporcionan fortaleza para afrontar sus *redecisiones* a través de la psicoterapia.

El guión se transmite de padres a hijos por medio de *mensajes parentales* verbales y no verbales, éstos pueden ser múltiples y muy variados, sin embargo la persona únicamente internaliza en su personalidad aquellos mensajes que le permiten adaptarse a un modo de vida que le proporcione satisfacción a sus necesidades de reconocimiento. En seguida se explicarán tres diferentes tipos de mensajes parentales: *los mandatos, los contramandatos y el programa*.

a. Los mandatos.

Los mensajes parentales provienen del estado del yo Niño de los progenitores; cuando la persona internaliza un mensaje parental, éste se convierte en un *mandato*, mismo que seguirá a través de su vida. Bob y Mary Goulding (1979), reconocen la existencia de doce mandatos: "*no existas*", "*no seas tú mismo*", "*no te acerques*", "*no pienses*", "*no sientas*", "*no crezcas*", "*apúrate a crecer*", "*no seas importante*", "*no hagas*", "*no pertenezcas*", "*no estés sano o bien*" y "*no tengas éxito*".

b. Los contramandatos.

Es frecuente que los padres aconsejen a sus hijos para que sigan determinadas conductas y actitudes que consideran convenientes para ellos, pero que muchas veces ellos mismos no han podido lograr. A estos consejos parentales se les conoce como *contramandatos*, porque contienen la intención de evitar la transmisión del guión. Sin embargo, los contramandatos funcionan muchas veces de manera paradójica, porque en ellos se encuentra implícito de manera no verbal el guión de los propios padres. Por esta razón llegan a funcionar solo por un breve periodo de tiempo, porque finalmente el sujeto acaba por actuar el guión transmitido a través de sus mandatos. Esto se debe a que el niño aprende más de los mensajes no verbales que de los mensajes verbales, es decir, aprende más de lo que ve que hacen sus padres, que de sus consejos.

c. El programa del guión.

El *programa* del guión está formado por mensajes que los niños reciben provenientes del estado del yo Adulto de alguno de los padres, por lo general de la figura parental del mismo sexo, estos mensajes proporcionan la información que los niños necesitan para saber cómo comportarse y qué hacer ante diversas situaciones, por lo que juegan un papel importante en cuanto a la programación de los guiones por género.

2.. Guiones por género

Los *guiones por género* son los que determinan los estereotipos tradicionales que marcan la manera como deben de comportarse los hombres y las mujeres en la familia y en la sociedad. El mandato "no pienses", resulta ser uno de los mas comunes para las mujeres en nuestra sociedad, porque las niñas frecuentemente reciben mensajes tales como "mejor no estudies, a los hombres no les gustan las mujeres que saben más que ellos", mismo que puede significar tener que actuar como tonta para no quedarse sola y tener una pareja. Otro mensaje que suelen recibir las mujeres es "las niñas que se enojan se ven muy feas", el que puede implicar el no ser asertiva y el no saber poner límites, además del tratar de ser complaciente con todos para sentirse valorada.

Es frecuente que la codependencia se presente en comorbilidad con depresión, debido a la represión que sufre la mujer cuando no se le permite ser como es. Como en el caso de María, los mandatos paradójicos "no crezcas" y "apúrate a crecer", son frecuentes en las mujeres codependientes, dado que en su gran mayoría, las mujeres son entrenadas desde niñas para depender de los hombres y actuar de una manera infantil, al mismo tiempo que se les instruye para cuidar de los hombres como si fueran niños pequeños.

Otro mandato común para las mujeres es "no seas importante". Las historias de mujeres muestran innumerables ejemplos de situaciones en que los puestos de importancia, de liderazgo y de poder, son manejados por los hombres, sin que a las mujeres se les dé la oportunidad de desarrollarse. Ha esto Mabel Burin (1990) lo ha denominado "el techo de cristal". Es subjetivo y funciona a nivel estructural, se puede

observar en las dificultades que tienen las mujeres que han obtenido cierto prestigio para acceder a posiciones de mayor poder.

En el caso de los hombres, un mandato frecuente es el "no sientas", porque a los niños se les ridiculiza si lloran, o si se muestran solidarios con las mujeres participando en las labores domésticas. Esto ocasiona que los hombres presenten dificultades para demostrar sus emociones de miedo o de tristeza, y que en lugar de eso se muestren irritables o agresivos, con la finalidad de evitar el sentirse descalificados por la sociedad. La expresión de los sentimientos de amor y ternura, tampoco son bien vistos de acuerdo con la imagen masculina tradicional impuesta por la familia y la sociedad. Es por eso que los hombres, a través del mandato "no te acerques", tratan de evitar sentirse vulnerables, pero sin darse cuenta, también bloquean la posibilidad de establecer una relación de pareja donde pueda existir confianza e intimidad verdadera.

En Australia Linda Gregory (2001) en una investigación llevada a cabo con hombres, utilizando métodos cualitativos y la teoría del análisis transaccional, encontró que los guiones por género son un factor determinante en la violencia doméstica. Los guiones por género son limitantes tanto para los hombres, como para las mujeres porque les impiden lograr un desarrollo integral de su propio potencial, este problema existe en México, así como en otros países del mundo, donde las personas viven con vergüenza las emociones, actitudes y conductas que no les corresponden de acuerdo a estos guiones.

3. Guiones culturales

Muriel James (1990) define a los *guiones culturales* como "las normas dramáticas aceptadas y esperadas que surgen dentro de una sociedad; éstas se encuentran determinadas por suposiciones expresas o tácitas, aceptadas por la mayoría de los individuos pertenecientes a ese grupo" (p. 66). Los guiones culturales reflejan lo que se ha denominado el "carácter nacional".

Las tradiciones culturales son transmitidas de padres a hijos, es decir de generación en generación. Estas tradiciones con frecuencia reflejan una herencia étnica y racial que incluye expectativas sobre cómo las personas de esa cultura "deben" caminar, hablar, pensar, sentir, actuar, tener éxito o fracasar. La influencia

de estos guiones se deja ver en los lugares de trabajo, en los matrimonios, en las prácticas de crianza y en muchas otras situaciones más. El guión de vida individual de una persona generalmente refleja esta herencia cultural (James y Savary, 1977).

Los temas de los guiones difieren de una cultura a otra, y generalmente determinan los papeles específicos que deben seguir los hombres y las mujeres. En México, la conquista por parte de los españoles, dio lugar a una mezcla racial de ambas culturas, cargada de violencia, que en mucho determinó nuestra identidad como nación. A los soldados españoles les resultaba fácil violar a las mujeres indígenas y como consecuencia, la primera generación de mexicanos fue el producto de este cruce violento de razas, una generación sin padres, debido a que en la mayoría de los casos ellos ignoraban los embarazos producto de sus actos (Paz, 1959).

Como consecuencia, los hijos de estas mujeres indígenas crecieron únicamente con sus madres y fueron rechazados tanto por los españoles como por los indígenas puros. Este guión de irresponsabilidad, persiste a la fecha a través de la conducta machista. El problema de sobrepoblación en México es en parte producto de esta situación. Todavía en estos días, es frecuente ver como algunos hombres embarazan a las mujeres y después niegan la paternidad de sus hijos. Muchos hombres tienen hijos con dos o más mujeres y aunque no los puedan mantener, consideran que el tener un hijo es una demostración de su hombría. A este problema se suma la religión católica, que también influye en el guión cultural, prohibiendo los métodos anticonceptivos para que las mujeres tengan todos los hijos que Dios les mande.

Bajo estas circunstancias, sin una presencia y un modelo adecuado de padre, los mexicanos han creado una figura idealizada de su madre, como una mujer santa, sufrida y abnegada (1990). El día de las madres en México se festeja como si fuera una fiesta nacional, la gente deja de trabajar y las mamás reciben regalos costosos de sus hijos, aunque por lo general no se trate de objetos para su uso personal, sino de artículos para uso doméstico, que ella utiliza para dar servicio a su familia (Noriega y Said, 1983).

La gente en México respeta mucho a sus padres, especialmente a sus madres, y las familias suelen permanecer muy unidas. Sin embargo la figura de la mujer es devaluada y humillada por el "macho" mexicano, por medio de una analogía que refleja la situación del pueblo durante el período de la colonia, a

través de dos prejuicios fundamentales. El primero es que en su mente, él es hijo de la Virgen de Guadalupe -condición que parece ser más frecuente en los indios y los pobres de México, porque la Virgen es considerada como la Madre de los que nacieron desheredados y huérfanos de padre-, y todos los demás son unos "hijos de la chingada", es decir el engendro de la violación, del rapto o de la burla. El otro prejuicio es que todas las mujeres son unas prostitutas, incluyendo sus hijas, dado que pueden llegar a correr con la misma suerte, con excepción de su madre y sus hermanas (Paz, 1959).

Esta situación se torna más complicada tomando en cuenta que estos guiones culturales —en los que la mujer es considerada como un ser inferior- provienen no solamente de la historia nacional, sino de algunos patrones históricos de las culturas Greco Romanas y Judeo Cristianas, dónde se mezclan los mitos y las religiones a través de la historia de la humanidad (James, 1977).

En muchos sectores de nuestro país, todavía se considera una virtud que la mujer sea abnegada y que el hombre sea fuerte y dominante. A los hombres sensibles que apoyan a sus mujeres aún se les suele tachar de "mandilones".

Estos prejuicios son contaminaciones del estado del yo Adulto, por el estado del yo Padre cultural; su reflejo se encuentra filtrado en algunos de nuestros refranes populares. Por ejemplo, los hombres dicen: "a las mujeres, ni todo el amor ni todo el dinero", a lo que las mujeres responden: "todos los hombres son iguales, valientes, parranderos y jugadores".

Las canciones mexicanas, que suelen hablar de amor, decepción y traiciones, también reflejan algunas de estas costumbres, y más aún, nos hablan de una depresión, producto de esta falta de compromiso y desigualdad de poder entre los sexos. Uno de tantos ejemplos es la letra siguiente: "la vida no vale nada, comienza siempre llorando y así llorando se acaba". Todos estos mensajes sirven para reforzar nuestros guiones culturales.

El posponer la solución de las cosas es también algo común para ambos sexos en nuestra cultura, así como el quejarse de las consecuencias. Hasta últimas fechas nuestro gobierno solía ser simbiótico y paternalista. El Presidente de la República era la máxima autoridad y el pueblo se adaptaba, sujetándose a

las normas impuestas sin hacer nada por producir un cambio. Aquellos que buscaban un cambio eran reprimidos y muchas veces asesinados o desaparecidos, de tal manera que la gente se limitaba a quejarse o a rezar y dejar la solución de los problemas en manos de Dios, o del mismo gobierno. Otra manera de afrontar los problemas era reírse de ellos y hacer bromas sobre sus gobernantes. Con esta actitud, evitábamos hacernos cargo del destino del país y de nuestras propias vidas.

Sin embargo, en la actualidad nos encontramos en un período de cambio nacional que podría facilitar en consecuencia, algunos cambios en los guiones culturales. Pareciera que los mexicanos estamos tomando un papel más activo en la elección de nuestros gobernantes y en la crítica de sus actos. Las figuras del "macho" y de la mujer sufrida tienden a ir desapareciendo. Existe más libertad para la mujer en cuanto a su inserción en la vida pública, y un interés un poco mayor por parte del hombre de colaborar en el ámbito doméstico, aunque todavía existen grandes obstáculos objetivos y subjetivos para que las mujeres puedan alcanzar ciertas posiciones de poder, además de que prevalece la resistencia y el temor en los hombres para expresar sus afectos y relacionarse en forma equitativa con una mujer independiente y autónoma.

Los guiones culturales se traslapan en el guión de codependencia, en parte por el desequilibrio de poder objetivo que persiste en las relaciones entre los hombres y las mujeres, y además porque parece persistir el mayor reconocimiento social y familiar hacia las mujeres que sufren, mientras que aquellas que deciden tener una vida diferente económica, emocional y/o sexualmente, con frecuencia llegan a ser consideradas socialmente peligrosas y amenazantes. Por esta razón, muchas veces las mismas mujeres se resisten a cambiar y siguen reforzando este comportamiento en ellas y en otras mujeres. Por esto, las mujeres que cambian este guión tradicional, pueden en ocasiones pagar un precio muy alto, como la crítica y el rechazo, no sólo de los hombres, sino de otras mujeres.

4. Guiones familiares

Los guiones por género y culturales generalmente se perpetúan a través de la familia. Todas las familias poseen normas dramáticas que contienen elementos de estos guiones. Un *guión familiar* contiene tradiciones y expectativas identificables para cada miembro de la familia que son transmitidos de generación en generación. Estos guiones pasan de los estados del yo Padre de los padres a los estados

del yo Padre de sus hijos. Es así como suelen presentarse en una familia varias generaciones de madres solteras, de médicos, de políticos, de alcohólicos y de codependientes (James, 1975).

Cuando un miembro de la familia no se encuentra a la altura de las expectativas del guión, se le considera como la "oveja negra"; un guión familiar en particular puede pedir una oveja negra para añadir intriga o la posibilidad de un chivo expiatorio a la escena familiar (James, 1975).

Muchos guiones familiares tienen una serie de instrucciones explícitas para cada miembro con expectativas diferentes para cada sexo. Es frecuente que el primogénito tenga una posición única dentro del marco familiar. De esta manera, el guión de codependencia con frecuencia lo lleva a adoptar la hija mayor de una familia, debido a que suele ser la que se encuentra más cerca de los padres y por lo mismo muchas veces se involucra en las dificultades de ellos más que sus hermanos.

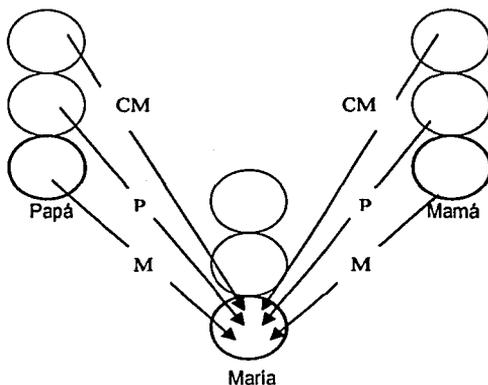
Muriel James (1975) afirma que el tipo de guión que considera equivalente al éxito intelectual de las mujeres con la pérdida de su femineidad, ha ocasionado que algunas mujeres que han decidido usar su inteligencia, muestren la tendencia a empequeñecer sus éxitos y sufran de sentimientos de culpabilidad por no ser "femeninas".

F. EL GUIÓN DE CODEPENDENCIA

De acuerdo con el análisis transaccional, tanto la codependencia como el alcoholismo y la violencia, pueden ser considerados como guiones de vida, debido a que se trata de patrones de comportamiento, internalizados desde la infancia temprana y reforzados posteriormente por el ambiente familiar, social, y cultural. Por medio de una Matriz de Guiones, en la Figura 5 se ilustra un guión de codependencia, utilizando como ejemplo el caso de María. En este caso es posible observar los diferentes mensajes que María recibió de sus padres: los mandatos (M), los contramandatos (CM) y el programa (P).

En el diagrama, se encuentran los dos padres de María colocados en ambos lados por arriba de ella, para representar la desventaja que se tiene en la infancia en relación al poder que ejercen los adultos.

FIGURA 5: MATRIZ DE GUIÓN (Woollams y Brown, 1978).



Mandatos (M):
 Contramandatos (CM):
 Programa (P):

María introyectó a través de los mensajes de su mamá los siguientes mandatos: "No pienses", "No crezcas" y "Apúrate a crecer". El primero la lleva a hacer lo mismo que su mamá, no pensar con claridad y negar la realidad por medio de autoengaños y justificaciones ante los problemas que vive con Juan. Los mandatos paradójicos "No crezcas" y "Apúrate a crecer", con frecuencia se presentan en los casos de codependencia, debido a que por un lado, la paciente sigue siendo como una niña pequeña y dependiente que necesita de protección y cuidados; mientras que por el otro, aparece la parte *rescatadora*. Ésta se observa en María a partir de que invirtió los roles con su madre, con esta parte ella actúa exagerando sus responsabilidades, se comporta de manera controladora y trata desesperadamente de cambiar a Juan, como le hubiese gustado hacerlo con su padre.

A través de los mensajes provenientes de su papá, María introyectó los siguientes mandatos: "No te acerques" y "No existas". El primero, porque ella nunca pudo acercarse de manera afectiva a su progenitor; temía que él la ridiculizara o rechazara como lo hacía con su madre, lo que ocasionó que ocultara su necesidad de contacto. Por eso, en la actualidad ella siente vergüenza cuando expresa sus emociones y

sentimientos, decidiendo mejor reprimirlos. Al mandato "No existas", se le considera en la teoría como un mandato letal, debido a que proviene del mensaje "la vida no vale la pena". Este mensaje le fue transmitido a María de manera no verbal, a través de presenciar el lento suicidio de su padre por medio del consumo excesivo de alcohol. Este mandato también pudo haber sido generado por la violencia familiar, dado que tanto la violencia directa hacia la persona, como el hecho de ser testigo de la misma, como le sucedió a María, comunican una falta de respeto y valoración por la integridad de las personas. Es a partir de este mandato que surgen en María sus fantasías de suicidio.

En la matriz de guión (fig. 5), también es posible observar los siguientes contramandatos que provienen del estado del yo Padre de sus dos progenitores: "*sé fuerte*", "*sé perfecta*", "*esfuérzate más*", "*complace*" y "*apúrate*". Estos se manifiestan en la conducta de María de las siguientes maneras: ella trata de ser una mujer muy fuerte y aguantadora, hace todo muy bien, trabaja mucho, trata de que todos estén bien y vive siempre de prisa. Sin embargo, como se ha visto en su historia, dichos contramandatos no surten efecto por mucho tiempo, dado que realmente solo se encuentran cubriendo los mandatos del guión, los que finalmente acaban dominando su vida y la de su familia de una manera destructiva. A los cinco contramandatos anteriormente enunciados, el análisis transaccional los denomina *Impulsores*, debido a que funcionan como disparadores del guión.

Como ya se mencionó anteriormente, el *programa* del guión proviene del estado del yo Adulto de alguno de los padres, generalmente de la figura parental del mismo sexo y contiene los mensajes que proporcionan la información necesaria para que el guión funcione de acuerdo a los estereotipos por género. En el caso de María, al igual que en los de muchas otras mujeres, su programa contiene determinadas instrucciones para comportarse de acuerdo a lo que se espera culturalmente de su género, tales como: atender a los hombres, no levantar el tono de voz, evitar dar su opinión cuando difiere de la de otros, obedecer y actuar de manera sumisa, ser abnegada y sufrida, etc. Dichas instrucciones pueden ser interpretadas de la siguiente manera: "así es como somos las mujeres".

A pesar de recibir mensajes similares de los padres, en una misma familia cada uno de los hijos puede interpretarlos de manera diferente y realizar distintas decisiones tempranas. María es la mayor de tres hermanas y, como ya se sabe, se casó con un hombre con características similares a las de su padre.

Juan, el esposo de María, tenía un guión compatible con el de ella, cabe recordar que en la familia de Juan, también había problemas de alcoholismo. Sin embargo, las hermanas de María decidieron guiones diferentes al de ella, aunque igualmente trágicos. Valentina, la hermana que le sigue, es alcohólica al igual que su padre; y Lupe, la más pequeña, vivía deprimida y decidió suicidarse después de una decepción amorosa.

En cuánto a los hermanos de Juan, José es alcohólico y Carlos, el más pequeño, es homosexual, éste último, después de ser testigo de la conducta violenta que su padre ejercía con la familia, recordó en una terapia haber tomado la siguiente decisión: "si así se relacionan los hombres con las mujeres, prefiero relacionarme con hombres"

Los casos de estas dos familias sirven para ilustrar la diversidad de *decisiones tempranas* que pueden llegar a tomar los niños bajo situaciones similares, aunadas desde luego a la influencia determinante de la cultura. Es por eso que los analistas transaccionales sostienen que no son los padres los que otorgan los mandatos, sino que es el mismo sujeto quien interpreta los mensajes de sus padres y "decide" o no, como una estrategia de sobrevivencia, internalizarlos en su estado del yo Niño como *mandatos*, por lo tanto solamente el sujeto mismo podrá *redecidir* y cambiarlos.

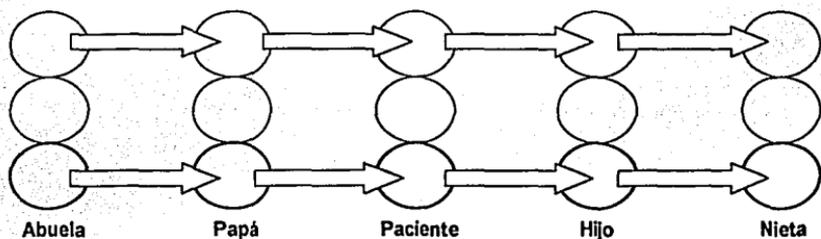
Ahora bien, ¿cuántas generaciones influyen en el guión de vida de una persona? A continuación se abordará esta pregunta para tener una mejor comprensión de la propuesta teórica del análisis transaccional.

G. TRANSMISIÓN DE LOS GUIONES DE VIDA

Los guiones de vida suelen ser aprendidos de una generación a otra. Así como los hijos de alcohólicos pueden encontrarse predispuestos por su guión para consumir alcohol en exceso, de manera similar el guión de codependencia también puede correr a través de las familias atravesando generaciones. En la Figura 6, es posible observar un diagrama denominado "desfile familiar" (Berne, 1974), el cuál muestra la transmisión de un guión de vida de una generación a otra. Los guiones individuales son transmitidos a

través de los estado del yo Niño de cada persona, y los guiones culturales por género, culturales y familiares, por medio de los estados del yo Padre.

FIGURA 6: UN DESFILE FAMILIAR (Berne, 1974, p. 314).



1. Los guiones de los abuelos

"La parte más intrincada del análisis de guiones en la práctica clínica es seguir la pista de la influencia de los abuelos" (Berne, 1974, pp. 318). Por lo general las teorías psicológicas de desarrollo de la personalidad se centran en la influencia que los padres tienen sobre sus hijos, pero poco se ha dicho sobre la manera como los abuelos influyen en este desarrollo.

Eric Berne (1974) tomó en cuenta éste aspecto fundamental para explicar la transmisión generacional de los guiones de vida, concepto que permite explicar lo que sucede en una familia alcohólica. El autor sostiene que en un entrevista clínica se puede seguir la pista de algunos guiones hasta llegar a los bisabuelos, o más atrás cuando la familia tiene escrita su historia.

La influencia de los abuelos puede ser tanto positiva como negativa. La transmisión del guión suele suceder aún cuando los nietos nunca hayan conocido a sus abuelos o se les haya hablado poco de ellos, porque al parecer se trata de un proceso psicológico inconsciente. Los niños observan a sus padres y se dan cuenta de la manera como sus progenitores reaccionan emocionalmente hacia los abuelos. De este modo, también aprenden cómo establecer una relación con sus padres. En la clínica es frecuente ver que los padres que han tenido dificultades con sus propios padres, repiten relaciones conflictivas con sus hijos, y que a los padres que mantienen una relación armoniosa con sus propios padres se les facilita el llevarse bien con sus hijos. Los estilos de *parentalización* se aprenden, de esta manera sin que los padres se den cuenta, transmiten a sus hijos las creencias y prejuicios de los abuelos.

Así pues, desde pequeños los niños aprenden de sus abuelos tanto por la interacción directa que pudieron haber tenido con ellos, como por el poder y la influencia que perciben que sus abuelos tienen sobre la conducta de sus padres. De esta forma, los abuelos se convierten en figuras parentales significativas que los niños incorporan en sus estados del yo Padre. Dichas introyecciones influyen de manera notable en las decisiones tempranas que los niños toman y que son la base para establecer sus propios guiones de vida.

Berne (1974) analizó esta influencia y describió cuatro maneras como los guiones son transmitidos desde los abuelos a generaciones subsecuentes: de una manera indiferenciada, vinculados por un mismo mandato, alternados entre los sexos y brincando generaciones.

a. Cuando los guiones son transmitidos de una manera indiferenciada

Esta transmisión ocurre cuando los abuelos tratan a todos sus hijos de la misma manera, recibiendo tanto los hijos como los nietos los mismos mensajes. Puede ser que la abuela de manera no verbal le transmita a sus hijas el siguiente mensaje: "Cuidate de los hombres, son unos sinvergüenzas", por la mala experiencia que ella misma ha tenido con el abuelo. Al mismo tiempo, esta abuela puede decirle a sus hijos: "Cuidate mi hijito, a las mujeres no hay que darles ni todo el amor ni todo el dinero". Cuando estos hijos se vuelven adultos puede ser que repitan los mismos mensajes con sus propios hijos, propiciando la desconfianza entre los sexos y el desarrollo de dificultades en sus relaciones de pareja.

b. Cuando los guiones son transmitidos al vincularse por un mismo mandato

En este caso la transmisión ocurre cuando se trata en forma diferente a los hijos, con base en alguna característica, por ejemplo el sexo. Un ejemplo de la transmisión del guión de codependencia sería el educar a las niñas de una familia para que "no piensen", de modo que las oportunidades de educación superior se reservan para los hijos varones. Al mismo tiempo, a las hijas se les obliga a servir a sus hermanos y a depender de ellos, al grado de que la familia permite que éstos les peguen o las humillen si no se comportan "como es debido".

c. Cuando los guiones se alternan entre los sexos

Como en el siguiente caso clínico de la autora, los mensajes del guión pueden pasar de la abuela al padre, y de éste a una de sus hijas: una paciente llegó a consulta afectada por el enojo que sentía después de la muerte de su hermana. Al analizar su guión en una sesión de psicoterapia, ella recordó que su abuela paterna se había suicidado y reconoció que su padre era depresivo y siempre habla mostraba poco interés por la vida. La hermana de la paciente había muerto después de ingerir una sobredosis de medicamentos para la depresión.

d. Cuando los guiones se brincan generaciones

En la clínica, con frecuencia se encuentra que la relación de los pacientes con sus padres no brinda los elementos suficientes para el análisis de sus guiones. En estos casos, suele suceder que los guiones se revelan de una manera asombrosa cuando se analizan las figuras de los abuelos. El siguiente caso de una paciente codependiente ilustra esta situación: la abuela de Cristina, siempre se hizo pasar por viuda con su hija y con su nieta. Cristina acudió a terapia confundida porque estaba embarazada, su novio era un hombre casado y esa situación había provocado un grave conflicto en su familia. La madre de Cristina había reaccionado con desprecio y rechazo hacia su hija. Fue entonces cuando la abuela se atrevió a rebelarle a su hija un secreto que había guardado durante muchos años: ella no era viuda, nunca se casó y el papá de la madre de Cristina también era un hombre casado. La abuela se había atrevido a decir la

verdad para tratar de evitar que su hija corriera de la casa a su nieta. Más adelante se verá como los secretos familiares funcionan como un mecanismo de transmisión de los guiones de vida.

Los nietos pueden introyectar en sus estados del yo cualidades positivas de sus abuelos, al mismo tiempo que también incorporan algunos rasgos patológicos. En sus escritos, Berne (1974) describió tres maneras como las generaciones subsecuentes se identifican con los abuelos y los toman como modelos para avanzar en sus guiones. Éstas son las siguientes: orgullo ancestral, idealización y rivalidad.

- **Orgullo ancestral**

Este fenómeno sucede cuando los nietos se sienten orgullosos de los abuelos que tuvieron y presumen de ellos porque fueron personas famosas o ilustres por sus hazañas. Mientras hablan de sus logros, los nietos se imaginan que ellos también tienen las mismas características de poder que sus abuelos.

- **Idealización**

Por lo general, los abuelos se dedican a consentir a sus nietos; con frecuencia les dan el tiempo, el amor y el dinero que en su momento no lograron dar a sus propios hijos. Esta situación los hace aparecer ante los ojos de sus nietos como las personas más maravillosas del mundo, por lo que tratan de ser como ellos o buscan en sus parejas cualidades de los abuelos idealizados.

- **Rivalidad**

Esta situación ocurre cuando uno de los hijos experimenta sentimientos de rivalidad o enojo hacia alguno de sus padres, y como consecuencia adopta a uno de sus abuelos como padre sustituto, a la vez que ignora a sus padres.

El tomar como modelo a uno de los abuelos, a través de alguna de las maneras previamente descritas, o por medio de una combinación de las mismas, es una práctica bastante frecuente. Cuando esto sucede, el nieto trata de imitar las cualidades del abuelo seleccionado y de una manera consciente trata de seguir el

guión de éste en su parte positiva. De lo que no se da cuenta es que en dicho modelo también pueden estar incluidos algunos aspectos destructivos de la personalidad del abuelo, tendencia que adopta para seguir ese guión de igual manera.

John James (1984), considera a los abuelos como frecuentes portadores del guión en la elección de pareja: "Para algunas personas su relación con un abuelo es tan importante que inconscientemente pueden buscar una pareja con características similares a las de su abuelo favorito y tratar de replicar la relación en su matrimonio" (p. 25). El autor menciona el caso de una paciente cuyo abuelo la hacía sentir "especial" e importante porque le ponía mucha atención, esto hacía que ella no prestara atención a la manera como el maltrataba al resto de la familia. En su terapia, la paciente se dio cuenta que en su vida había escogido relacionarse con hombres que al principio se mostraban gentiles y tiernos como su abuelo, pero que después se volvían abusivos, tanto de manera física como psicológica. Después de tomar conciencia, decidió no más relacionarse con hombres que embonaran en el molde de su abuelo. Un ejemplo similar a éste puede observarse en la Fig. 9, en la cual se muestra el diagrama de una relación de transferencia.

En la literatura sobre codependencia e hijos adultos de alcohólicos, se ha referido la existencia de subsecuentes generaciones de mujeres que se casan con un alcohólico, o que establecen relaciones violentas después de haber crecido en familias marcadas por el alcoholismo (Black, 1981; Cermak, 1986; Kritsberg, 1985; Pollack, 1992; Prest, Benson y Protinsky, 1998; Schuckit, Tipp y Kelner, 1994; Wright, 1993).

En el caso de María, así como en muchos más, es posible observar la transmisión generacional del guión de codependencia a través de tres generaciones: La mamá de María, casada con un hombre alcohólico; María, casada con Jorge, hijo de una pareja con problemas de alcoholismo familiar, quien eventualmente también desarrolló problemas con su consumo de alcohol; y la hija de María, quien ya empieza a ser programada por sus padres para seguir el mismo guión de ellos.

Con frecuencia el mandato "no existas", aparece entre los miembros de una familia donde existe alcoholismo. Cuando los niños son testigos de la autodestrucción de sus padres por medio del alcohol y la

violencia, ellos mismos terminan por internalizar este mandato letal en sus estados del yo. Los efectos se presentan por medio de actos que ponen en riesgo sus vidas tales como: las adicciones a drogas, el provocar la violencia en otros, el practicar deportes peligrosos, el accidentarse, o a través de la depresión y el suicidio. James Gilligan (1996) se refiere a esta tragedia en la que se revierte la violencia hacia uno mismo de la siguiente manera: la violencia "mata el espíritu", provoca que las personas vivan como "muertos vivientes" (p. 43).

Cuando los niños llegan a ser objeto de violencia, o se convierten en testigos de la violencia hacia otros miembros de la familia, internalizan ese abuso en sus estados del yo. El abuso internalizado se puede manifestar en una persona a través de las siguientes maneras: por medio de *diálogos internos* en los que el sujeto abusa de sí mismo por medio de pensamientos obsesivos donde se auto-crítica y devalúa; al dejarse abusar por otros, permaneciendo en relaciones destructivas; y al identificarse con el agresor y abusar de otras personas. Se puede presentar una combinación de estas tres formas de abuso en las familias donde la mujer es codependiente y canaliza su enojo y frustración destruyéndose a sí misma y abusando de sus hijos a quienes convierte en su canal de agresión.

Habiendo abordado estos aspectos de la transmisión de los guiones, surgen preguntas más específicas a responder para la presente tesis: ¿cómo se transmiten los guiones de vida codependientes? ¿cuáles son sus mecanismos?

H. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL GUIÓN

El proceso de comunicación inconsciente (Freud, 1900) con frecuencia se presenta en la vida cotidiana. Novellino (1990), describe la comunicación inconsciente de la siguiente manera: "un episodio aparentemente irrelevante, que se presenta de manera paralela a otra situación significativa por medio del cual el paciente expresa algo de sus experiencias personales, sin darse cuenta de que lo está haciendo" (p. 171). Cada vez que una persona hace o dice algo, puede asociar de manera involuntaria un doble mensaje en su comunicación y comunicar de esta manera la psicodinámica de relación a la que se encuentra acostumbrado desde su niñez.

El guión de codependencia puede ser transmitido de una generación a otra por medio de los siguientes mecanismos de comunicación inconsciente: 1) *Las transacciones ulteriores*, 2) *Los juegos psicológicos*, 3) La identificación proyectiva (Klein, 1988/1946), 4) La psicodinámica de transferencia (Freud, 1895). En seguida se explican cada uno de ellos:

1. Las transacciones ulteriores.

El análisis de las transacciones es la parte del análisis transaccional de donde la teoría toma su nombre. Se refiere al análisis de la comunicación en las relaciones que se establecen entre las personas. Por medio del análisis cuidadoso de las transacciones que ocurren en una terapia de grupo, el terapeuta puede identificar los guiones de vida de sus pacientes.

Las transacciones son unidades de comunicación que se llevan a cabo por medio de intercambios de estímulos y respuestas entre los estados del yo de dos o más personas. La teoría establece diferentes tipos de transacciones, para el objeto de este estudio únicamente se explicarán las transacciones ulteriores.

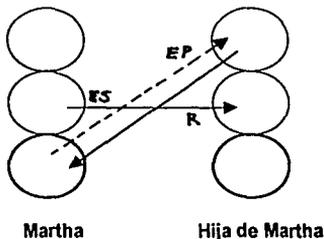
Las transacciones ulteriores son aquellas que contienen un doble mensaje: uno social, que se expresa con palabras, y otro psicológico, que se expresa de manera no verbal, como en el caso de los mandatos que previamente fueron explicados. En las transacciones ulteriores, el mensaje más importante es el psicológico, porque se trata de un mensaje oculto que transmite la intención inconsciente en la comunicación.

En las transacciones ulteriores, el emisor, quien es la persona que inicia la comunicación, envía dos estímulos a la vez, uno social y otro psicológico. En seguida el receptor se "engancha" respondiendo al estímulo psicológico. La siguiente viñeta ilustra la manera como funcionan las transacciones ulteriores: Después de un pleito con su marido alcohólico, Martha le dice a su hija mayor de quince años: "ya no aguanto a tu papá". Aunque Martha directamente nunca le solicita un consejo a su hija, sin palabras le está diciendo: "dime ¿qué hago?". La chica le responde: "yo en tu caso me divorciaba". En esta transacción Martha inició la comunicación con un mensaje doble: por medio de un estímulo social (ES) le

dijo a su hija como se sentía a través de una transacción que aparenta ser desde su estado del yo Adulto al Adulto de su interlocutora, sin embargo al mismo tiempo Martha le está enviando a su hija un estímulo psicológico (EP) desde su estado del yo Niño, dirigido hacia el estado del yo Padre de la chica. La hija se "engancha" al responder (R) al estímulo psicológico de la madre.

Por la manera como funcionan los guiones, es probable que la hija movida por un sentimiento inconsciente de rivalidad, se case con un hombre problemático para demostrarle a su madre que ella sí es capaz de divorciarse. Las transacciones se ilustran por medio de diagramas, la Figura 7 ilustra el ejemplo anterior. En este diagrama se encuentran marcados el estímulo social (ES) de Martha y la respuesta (R) de su hija por medio de una línea continua, por tratarse de mensajes verbales. El estímulo psicológico de Martha (EP), por tratarse de un mensaje no verbal, se ilustra por medio de una línea punteada.

FIGURA 7: DIAGRAMA DE UNA TRANSACCIÓN ULTERIOR.



Estímulo social de Martha(ES): "ya no aguanto a tu papá"

Estímulo psicológico de Martha (EP): "dime ¿qué hago?"

Respuesta de la hija de Martha (R): "yo en tu caso me divorciaba"

Las familias con frecuencia guardan secretos de los que prefieren no hablar debido a que se refieren a algunas situaciones que vivieron los abuelos u otro miembro de la familia, y que consideran vergonzosas. Sin embargo, éstos se transmiten de manera no verbal a través de determinadas palabras que se dicen o

se omiten, de tonos de voz, gestos y expresiones faciales o corporales. Estos secretos suelen estar relacionados con temas tales como el alcoholismo o alguna otra adicción, con violencia doméstica, incesto, abusos sexuales, infidelidades, locura, fraudes, confinamiento en cárceles, suicidios, homicidios, etc.

John Bradshaw (1995) señala que las familias están tan enfermas como sus secretos. Los secretos familiares se refieren a un saber desconocido, algo que no se sabe que se sabe. Sus vehículos de transmisión son la comunicación inconsciente y los sentimientos de vergüenza que tiñen las relaciones interpersonales. Las verdades a medias, los silencios, las miradas, las actitudes y la manera no verbal de responder de los padres ante situaciones problemáticas, resultan ser mucho más elocuentes que las palabras; es así como los secretos familiares terminan por ser actuados a través de guiones por las generaciones subsecuentes.

En la clínica es frecuente observar cómo algunos pacientes repiten en su vida actual situaciones similares a las que vivieron sus padres o sus abuelos, mismas que hasta entonces el paciente desconocía. Por medio de la psicoterapia puede aparecer dicho saber inconsciente, cuando se rastrea la genealogía del guión en las generaciones anteriores. El momento en que el paciente se da cuenta de que se encuentra repitiendo una historia de vida similar a la de alguno de sus ancestros, suele ser una experiencia reveladora y cargada de emociones, ésta le permite liberarse del guión en el cual se encuentra atrapado.

Es frecuente que los hijos de alcohólicos traten de ocultar a sus amigos y maestros en la escuela, las tragedias que se viven en sus hogares porque creen que sus casos son únicos y vergonzosos. La pareja codependiente, como en el caso de María, también tiende a aislarse junto con sus hijos de la sociedad; de esta forma evita que los demás se den cuenta de sus problemas, además el secreto sirve para reforzar la negación y no dar solución al problema.

2. Los juegos psicológicos

Berne (1966) definió a los *juegos psicológicos* de la siguiente manera: "una serie de transacciones ulteriores, con un truco, que avanzan hacia un predecible pago final"(p. 364).

Los juegos psicológicos contienen un mensaje oculto, el cual se refiere al deseo inconsciente de comprender asuntos no resueltos del pasado, aún cuando la intención en este tipo de transacciones aparente ser otra. Es por eso que cuando la gente entra en estos juegos se confunde, porque se trata de una comunicación en dos niveles, donde el factor sorpresa es un cambio de roles que resulta ser desconcertante. En todos los juegos, los participantes representan alguno de los siguientes roles: *Perseguidor, Víctima o Rescatador*. Los juegos se juegan entre dos o más personas, al inicio cada persona empieza ocupando un rol determinado y conforme el juego avanza los participantes van cambiando de roles.

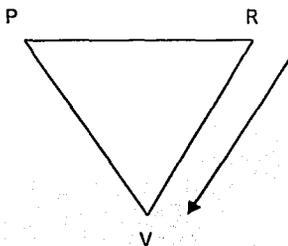
El rol principal de la pareja codependiente es el de rescatador, ella ocupa los otros roles por momentos, sin embargo aquello que la motiva para entrar en el juego es precisamente su rol de rescatadora que aprendió desde la infancia.

El caso de María muestra un claro ejemplo de este juego; allí se puede apreciar como es que María trata de rescatar a su marido alcohólico, quien por el momento ocupa el rol de víctima. Cuando él abusa de ella cambia al rol de perseguidor y María pasa al rol de víctima, después María busca a su hija para que la rescate. Cuando María era niña, ella aprendió a rescatar a su madre de igual manera, a la vez que se convirtió en la perseguidora de su padre. Por medio de este juego, María repite una y otra vez la escena del protocolo de su guión. Cuando las personas se encuentran involucradas en este tipo de juegos, se pasan la vida cambiando de roles dado que se encuentran atrapados en una relación simbiótica que no les permite ver la solución del problema.

El *triángulo dramático* de Stephen Karpman (Berne, 1972), que se encuentra en la Figura 8, sirve para ilustrar las dinámicas de los juegos psicológicos a través del cambio de roles. En este diagrama se observa la transacción de rescatadora, típica de la manera como la pareja codependiente se "engancha" en este juego, y sus posibles cambios de roles. El juego denominado "alcohólico" servirá para ilustrar el siguiente ejemplo: el juego inicia con el marido que ha bebido en exceso (Víctima, V), la mujer trata de ayudarlo a que deje de beber (Rescatadora, R), al no lograrlo, la mujer se enoja con él y le recrimina el que no valore su apoyo (Perseguidora, P), finalmente ella termina sintiéndose mal y llorando (Víctima, V). En ese

momento el puede "jurar" dejar de beber por un tiempo para que ella se sienta bien (Rescatador, R), o bien puede volverse violento con ella (Perseguidor, P), complementando a su vez el cambio de roles.

FIGURA 8: TRIÁNGULO DRAMÁTICO



Como este tipo de relaciones se manejan fuera de la conciencia, los jugadores difícilmente se dan cuenta de lo que están haciendo; por supuesto, es más fácil identificar los juegos en otras personas que poder verlos en uno mismo. Las principales características de los juegos psicológicos son las siguientes:

- Son bilaterales (entre dos o más personas).
- Son inconscientes.
- Son repetitivos.
- Producen confusión.
- Son intentos frustrados de resolver una y otra vez, los asuntos pendientes del pasado.
- Al final todos los participantes se sienten mal.

En los juegos psicológicos lo más importante es el *pago final*, porque cuando el juego termina, los participantes refuerzan pensamientos y sentimientos que confirman sus decisiones tempranas. Cada vez que María repite este juego con Juan, ella reafirma sus sentimientos de culpa y piensa que debe de esforzarse más para ayudar a su marido.

Los juegos psicológicos pueden presentarse en tres diferentes grados de severidad. Los de primer grado son socialmente aceptables: cuando la codependencia se observa como un mero rasgo cultural. Los de segundo grado conllevan graves dificultades que afectan la estabilidad emocional de las personas involucradas: cuando la codependencia se presenta como un estado patológico. Estos juegos corren el riesgo de convertirse en juegos de tercer grado: aquellos con finales trágicos, tales como el suicidio, el homicidio, la depresión grave o cualquier otra enfermedad.

Una vez comprendida la dinámica de los juegos psicológicos, cualquier persona podría preguntarse: ¿por qué las parejas codependientes siguen participando en estos juegos aún cuando ven que no logran resolver sus problemas y muy por lo contrario, se sienten mal? La razón es que los juegos les ofrecen las siguientes ganancias secundarias:

- Psicológica interna. Sirve para mantener la homeostasis de las creencias del guión. Ej: la paciente sigue reforzando que la estabilidad de la familia depende de ella.
- Psicológica externa. Sirve para evitar situaciones temidas. Ej: lograr autonomía, el éxito, el disfrutar, la intimidad y la responsabilidad por ella misma.
- Social interna. Sirve para mantener un *marco de referencia* de pseudo-intimidad. Ej: la paciente cree que todo lo que sufre es por amor.
- Social externa. Sirve para canalizar con otros la tensión interna. Ej: quejarse con las amigas de los problemas con su marido.
- Biológica. Sirve para mantener una *cuota de caricias*, es decir, de estímulos de reconocimiento. Ej: sentir que ella es muy buena y abnegada y que todos la quieren por ser así.
- Existencial. Sirve para avanzar en el guión de vida y reforzar la *posición existencial*. Ej: creer que *ella está bien y los demás están mal*, mientras espera que los otros cambien.

3. La identificación proyectiva

Se conoce como identificación proyectiva al mecanismo de defensa por medio del cual un sujeto proyecta en otra persona sentimientos que le incomodan y le parecen inaceptables, ocasionando que el otro los

experimente como si fueran suyos (Laplanche y Pontalis, 1987). De esta manera, el emisor puede culpar o devaluar a la otra persona.

Esto sucede con frecuencia en las relaciones de codependencia, sin que ninguno de los dos participantes se percate del proceso. Este mecanismo emocional funciona de manera similar a la transmisión de un virus, como en el caso de algunas enfermedades venéreas, cuando el portador no presenta los síntomas y una vez que se produce el contagio, es la pareja quien los manifiesta.

Petruska Clarkson (1993) describe a la identificación proyectiva de la siguiente manera: "Un complejo evento clínico de tipo interpersonal: una persona se deshace de sus sentimientos y manipulativamente induce al otro a experimentarlos" (p. 180). Esta misma autora ha comparado a la identificación proyectiva con una inducción hipnótica, o con un trance en donde existe un estado alterado de conciencia, el cual consiste en una pérdida de contacto temporal e intermitente con la realidad. Se trata de momentos en que el estado del yo Adulto del emisor no se encuentra catectizado y el receptor se identifica con los sentimientos que le son proyectados, es así como el receptor se siente "empujado" para actuar los dramas del guión de la otra persona.

Haciendo referencia a las inducciones hipnóticas que pueden suceder todos los días, Conway y Clarkson (1987) mencionan que los padres frecuentemente les atribuyen a sus hijos cualidades, potencialidades, motivaciones o limitaciones basadas en sus propios guiones, las cuales funcionan a manera de sugerencias, descontando las capacidades de los niños y muchas veces también sus posibilidades de cambio. Claude Steiner (1980) por su parte, considera que este tipo de inducción hipnótica es el principal método de transmisión del guión.

Laplanche y Pontalis, (1987) definen a la identificación proyectiva de la siguiente manera: "se refiere a un término introducido por Melanie Klein para designar un mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona (*his self*), en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo".

Schore (1994) se basa en Melanie Klein para hacer referencia a la importancia de la identificación proyectiva en pacientes niños y adultos con trastornos en el desarrollo, describiendo a este mecanismo como un proceso interactivo en la relación temprana madre – hijo, en donde la información inconsciente de la madres es proyectada hacia sus hijos.

El siguiente caso clínico de la autora, ilustra una situación menos común de codependencia masculina: Un paciente acude a terapia poco después del fallecimiento de su madre por cirrosis hepática, sus dos padres habían bebido en exceso desde que él era un niño. El paciente se expresa de la siguiente manera: "siento como si mi madre hubiese reencarnado en mí, soy como ella, pienso y siento como ella", "es como si se me hubiese metido el demonio, me siento como poseído por ella", "yo siempre la cuidaba, era su cómplice en la relación que sostenía con su amante, nos entendíamos con la mirada". El paciente tenía una gran dificultad para establecer una relación de pareja estable, le resultaba muy difícil permanecer fiel a una misma pareja, en todo lo que hacía actuaba como su madre y pensaba que moriría tan joven como ella. El consumía alcohol con moderación, pero solía relacionarse con personas que consumían alcohol en exceso.

La experiencia clínica muestra repetidos ejemplos de la ocurrencia de éste fenómeno en las relaciones entre padres e hijos, sobre todo cuando ha existido algún tipo de abuso. La identificación proyectiva funciona como un vehículo para la transmisión de sentimientos reprimidos a través de varias generaciones. Suele suceder que estos sentimientos permanezcan ocultos porque se encuentran relacionados con secretos familiares.

La identificación proyectiva es similar al *juego de la papa caliente*. Fanita English (1969) utilizó este término para explicar la manera como se transmite el saldo trágico de un guión de vida, conocido como Epiguión en el análisis transaccional.

La papa caliente, en un juego infantil, es un objeto que los niños se lanzan unos a otros. Los que lo cachan tienen que decir el nombre de un conjunto de objetos previamente determinados. Poco a poco se van saliendo del juego los que se quedan con la papa caliente, es decir aquellos que no logran dar una respuesta rápida. Al final queda como ganador aquel que logró evitar todo el tiempo el quedarse con la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

papa caliente. En su artículo, la autora presenta el siguiente caso para ilustrar un guión de vida: Un padre dejó de beber en exceso, preocupado porque su hijo adolescente estaba empezando a beber. Cuando el hijo ingresó a Alcohólicos Anónimos y dejó de beber, el padre empezó a beber nuevamente. En el caso de María, ella tomó la papa caliente de su madre, a la vez que la está pasando a su hija.

Uno de los sentimientos que con mayor frecuencia se transmite a través de la identificación proyectiva con la pareja en los casos de codependencia, es la vergüenza (Erikson, 1963). Lo mismo sucede con los hijos adultos de alcohólicos; suelen internalizar la vergüenza que no asumen sus padres. Bradshaw (1988) puntualiza que la vergüenza internalizada es la esencia de la codependencia.

Varios autores han estudiado el sentimiento de vergüenza desde el enfoque del análisis transaccional. Hanna Hyams (1994) conceptualiza a la vergüenza como al enemigo dentro de uno mismo. Ella menciona que se trata de "una enfermedad debilitante y regresiva, en que el individuo pierde contacto con su ser y con el ser de otros necesitando buscar fuentes externas para su bienestar y control". La autora sostiene lo siguiente: "los niños y los adultos que han sido objeto de maltrato físico y psicológico, o de desapego emocional, internalizan este sentimiento en su cuerpo, en su mente y en su alma" (p. 256). La internalización de la vergüenza en los estados del yo produce sentimientos de inferioridad, minusvalía y autoevaluación; es la sensación de que algo no está bien en uno mismo.

Por su parte, Richard Erskine (1994) define a la vergüenza como: "un proceso de auto-protección utilizado para evitar los efectos que resultan de la humillación y la vulnerabilidad ante la pérdida de contacto en la relación con otra persona" (p. 90). Sostiene que la vergüenza se compensa por medio de actitudes de extrema rectitud. Cuando un individuo se siente criticado, humillado o devaluado por un ser querido con quien mantiene una relación significativa, la vergüenza aparece como una defensa para evitar experimentar la intensidad de la vulnerabilidad ante la pérdida de la relación.

4. La psicodinámica de transferencia

La transferencia es un proceso inconsciente a través del cual el paciente tiende a establecer con el terapeuta una psicodinámica de relación similar a la que vivió en su infancia con alguna figura

significativa. Su revelación facilita la resolución del guión de vida del paciente, por eso se puede decir que la cura se encuentra en la relación de transferencia.

Sin embargo, la transferencia no es exclusiva de la relación terapeuta-paciente, se trata de un fenómeno que también se establece en otras relaciones íntimas, como puede ser la relación de pareja. María, la protagonista del caso terapéutico que se ha estado analizando, repetía en la relación con su marido un estilo de relación similar a la que sostuvo con su padre cuando era niña.

Para comprender lo que sucede entre la mujer codependiente y su pareja, en seguida se explicarán dos fenómenos que en estos casos dan lugar a un sentimiento de enamoramiento: la psicodinámica de transferencia y la identificación narcisista.

Como en el caso de María, la psicodinámica de transferencia se produce cuando se establece con la pareja un tipo de relación similar a la que alguna vez se tuvo en la infancia con una persona afectivamente significativa; esta situación sucede con mayor frecuencia en las personas codependientes.

El caso de Juan, el esposo de María, puede ser un ejemplo de identificación narcisista, debido a que en este tipo de relación el sujeto devalúa al otro, proyectando en la pareja sus propios sentimientos desagradables que no se permite asumir; mientras que la pareja codependiente, por medio de sus actitudes de amarlo a pesar de todo le sirve para afirmar su narcisismo. Esta situación la ilustra Cermak (1986), cuando se refiere al mito de Narciso y Eco para explicar la codependencia como una patología complementaria a la personalidad narcisista.

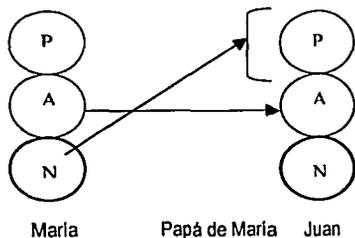
En las relaciones codependientes, cuando se produce el fenómeno de transferencia, la persona se siente atraída por el otro de una manera poderosa, a pesar de saber que puede resultar dañado por la relación. A la inversa, cuando las personas no experimentan estos fenómenos, la relación puede carecer de este tipo de atracción, aún cuando la pareja potencial presente atributos positivos.

Eric Berne (1961), afirmaba lo siguiente: "los guiones pertenecen a el reino del fenómeno de transferencia" (p. 116). En otro de sus escritos, recomendó "un análisis cuidadoso y sistemático de las

psicodinámicas de estímulos y respuestas transaccionales" (Berne, 1966, p. 154) para llegar a comprender los guiones de vida de los pacientes.

Carlo Moiso (1985), ha estudiado la psicodinámica de transferencia de sus pacientes a través del análisis de las transacciones. Desde el enfoque del análisis transaccional plantea la siguiente definición: "la relación de transferencia es una relación en la que el paciente, para poder volver a experimentar sus primitivas relaciones padre - niño, o sus primitivas relaciones objetales, proyecta en el terapeuta sus propios estados del yo Padre." (p. 194). En la Figura 9, se aprecia la psicodinámica de transferencia que María estableció en su relación con Juan. En esta transacción, hay que notar que la imagen de Juan se encuentra cubierta por una pantalla que representa la proyección inconsciente que hizo María de la figura de su padre sobre la persona de Juan. Cabe recordar que el padre de María era un hombre violento con su mujer al igual que Juan lo es con María y que tanto el padre de María como su marido han bebido en exceso. Sin embargo cuando María conoció a Juan pasó por alto algunas muestras de conducta de Juan que denotaban su tendencia a beber en exceso, ella solo se fijó en que Juan era un hombre mayor con quién ella se sentía protegida y que la familia de Juan se portaba muy bien con ella.

Figura 9: Análisis de una relación de transferencia (Moiso, 1985).



Para que las personas puedan redediciar sus guiones de vida, es necesario que se permitan descontaminar su Adulto, desconfundir a su estado del yo Niño y hacer modificaciones en su estado del yo Padre. Alcanzar autonomía significa tomar conciencia de las creencias en su guión para poder liberarse de ellas.

Para hacer estos cambios, en la mayoría de los casos, las personas necesitan acudir a un terapeuta especializado, algunas creencias pueden ser modificadas en sesiones individuales o grupales de terapia breve, otras tendrán que ser analizadas en una terapia profunda a largo plazo.

I. MODIFICACIÓN DEL GUIÓN

Actualmente existen varias técnicas en la psicoterapia con análisis transaccional enfocadas al cambio de los guiones de vida. Las principales son la "Terapia de Redecisión" (1979) y la Psicología de la "Autorreparentalización" (1981, 1985). La primera tiene por objetivo el trabajar sobre el estado del yo Niño, para modificar las decisiones tempranas que funcionan como fundamento del guión. Con la segunda se trabaja sobre el estado del yo Padre para reestructurarlo. Ambas pueden ser combinadas dentro de una terapia, junto con otras técnicas más, tales como los "contratos" de cambio, en dónde se especifica el objetivo de la terapia de una manera clara y precisa.

Para resolver el guión de codependencia, además de que el terapeuta puede valerse de las técnicas mencionadas, el paciente necesitará resolver su mecanismo de defensa de negación y lograr su autonomía.

Muriel James(1976) menciona que alcanzar autonomía es el objetivo final en el análisis transaccional, entendiendo la autonomía de la siguiente manera: "Ser autónomo significa gobernarse a si mismo, determinar el destino propio, aceptar responsabilidad por las acciones y los sentimientos propios y deshacerse de patrones inaplicables e inapropiados para vivir en el aquí y el ahora" (p. 250).

Según Eric Berne (1964), una persona autónoma es aquella que logra recuperar tres capacidades: la conciencia, la espontaneidad y la intimidad.

La conciencia se refiere a decontaminar el estado del yo Adulto de las creencias que se encuentran introyectadas en los estados del yo Padre y Niño, debido a que en dichas creencias se encuentran basados los guiones de vida.

La espontaneidad se refiere a recuperar la capacidad de reconocer y expresar las propias emociones y pensamientos, volver a disfrutar de la vida y seleccionar las opciones disponibles para resolver los problemas. Es la libertad de construirse a si mismo y decidir el estilo de vida que se quiere tener.

La intimidad es desarrollar la capacidad de establecer un contacto genuino, primero con uno mismo y después con las otras personas, a través de relaciones libres de juegos, donde las personas pueden ser auténticas y se permiten compartir sentimientos de confianza, cariño y ternura.

Para alcanzar autonomía se requiere de *permisos*. Un permiso es toda acción que permite salir del guión de vida. Algunos de los permisos más importantes para las mujeres codependientes son los siguientes: el permiso a vivir, el permiso a ser ella misma, el permiso a crecer, el permiso a pensar claro, el permiso a disfrutar de la vida y el permiso para estar cerca, intimar, amar y ser amada.

El alcoholismo y la violencia familiar, así como las carencias afectivas en la infancia, pueden producir relaciones de codependencia, donde el amor duele, las pasiones se confunden y las necesidades insatisfechas de contacto, ternura y protección impulsan a las mujeres a buscar con desesperación un amor en la pareja que nunca habrán de encontrar. En lugar de pasar la vida rescatando a su pareja, la mujer necesita rescatarse a si misma, definir su propia identidad y junto con el hombre resolver la opresión de los guiones por género que limitan su pleno desarrollo.

Para que la mujer pueda lograr este cambio, será necesario aparte de la toma de conciencia, el poder experimentar compasión y amor por la Niña que vive en su cuerpo de mujer, además de aprender a cuidarse, respetarse y protegerse a si misma. Solo así podrá sanar sus heridas y despedir el pasado, solo así estará lista para formar una relación de pareja sana y duradera, donde exista respeto y pueda compartir una intimidad genuina, una relación en la que se permita delimitar los límites de dónde termina ella y dónde empieza su compañero. Solamente así podrá funcionar como un buen modelo para sus hijos/as.

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. OBJETIVO GENERAL:

Investigar la prevalencia de codependencia en una muestra de mujeres mexicanas y describir los factores asociados con la presencia de este problema.

Para cumplir con dicho objetivo, este estudio se encuentra dividido en dos fases:

Fase 1:

Construcción y validación del Instrumento de Codependencia (ICOD) para mujeres mexicanas.

Fase 2:

Estudio de prevalencia y factores asociados a la codependencia en una muestra de mujeres mexicanas.

FASE 1: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CODEPENDENCIA (ICOD) PARA MUJERES MEXICANAS

El Instrumento de Codependencia (ICOD) es una prueba de tamizaje para detectar casos de codependencia dentro de la relación de pareja. El objetivo general de esta primera fase del estudio es el mostrar su construcción, así como los resultados en términos de la validez del constructo y la validez por criterio externo en mujeres mexicanas. El ICOD fue construido con base en la literatura relevante sobre el tema, la experiencia clínica de la autora y un estudio piloto. El instrumento está compuesto por 30 reactivos con respuestas de 0 (no) a 3 (mucho). (Noriega y Ramos, 2002).

Se llevaron a cabo dos estudios para su validación: el primero tuvo como fin analizar la estructura factorial y la consistencia interna del instrumento y se llevó a cabo con una muestra de 230 mujeres de 18 a 65 años, que habían vivido con una pareja heterosexual al menos por un año y que habían acudido a consulta a un centro de salud. Este estudio consistió en una encuesta en la que el ICOD fue administrado en forma auto-aplicada previo consentimiento informado.

El segundo estudio pretendió determinar la capacidad del instrumento para discriminar entre casos y no casos de codependencia y definir un punto de corte para diferenciarlos. Fue realizado en un grupo de 41 mujeres, 20 que acudieron a psicoterapia por primera vez y 21 que eran sus acompañantes. Las mujeres tenían una edad entre 18 y 65 años y con un año como mínimo de cohabitar con una pareja heterosexual. Todas las mujeres respondieron en forma auto-aplicada a la versión definitiva del ICOD y 2 terapeutas las evaluaron de manera independiente como caso o no caso de codependencia.

En el primer estudio, se aplicó un análisis factorial con rotación varimax que arrojó cuatro factores con valores eigen superiores o iguales a 1.00, los cuales explicaron el 50.8% de la varianza total. El instrumento quedó constituido por los 30 reactivos originales, que se agruparon en cuatro dimensiones conceptualmente congruentes: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora. El instrumento total obtuvo un Alpha de Cronbach de .9201.

En el segundo estudio, se llevó a cabo una valoración del acuerdo entre los expertos terapeutas. El estadístico Kappa mostró un valor de acuerdo significativo de .8409. En cuanto a las pruebas de validez de criterio externo, se identificó una sensibilidad de 76.00% y una especificidad de 69.05%. Se estableció un punto de corte de 32 o más para definir probables casos de codependencia.

Adicionalmente se retomó la muestra de 230 mujeres para determinar la capacidad del instrumento para diferenciar probables casos de codependencia versus no casos según el punto de corte establecido, considerando el tener o no una pareja que abusa del alcohol; y el tener o no una pareja maltratadora físicamente. Esto se realizó a través de una prueba de X^2 comparando casos y no casos de codependencia con la presencia o ausencia de una pareja que abusa del alcohol; y los casos y no casos de codependencia con la presencia o ausencia de una pareja físicamente maltratadora. Se encontró un porcentaje significativamente mayor de codependencia en mujeres con parejas con problemas de abuso de alcohol y con parejas maltratadoras en comparación con las mujeres sin estos problemas.

Los resultados del estudio permiten afirmar que el ICOD es un instrumento de tamizaje válido y confiable para detectar probables casos de codependencia en la pareja en mujeres mexicanas. Es particularmente

útil como una prueba filtro de codependencia en estudios epidemiológicos o para evaluaciones clínicas, lo que permitiría canalizar a las mujeres a un tratamiento apropiado y prevenir la ocurrencia de problemas de salud mental más severos.

A. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir la estructura factorial del ICOD.
2. Evaluar la consistencia interna global del ICOD y de sus dimensiones conceptuales.
3. Determinar la capacidad del instrumento para discriminar entre casos y no casos de codependencia.
4. Definir un punto de corte para diferencias entre los casos y los no casos.
5. Determinar la capacidad del ICOD para diferenciar la presencia o ausencia de codependencia en mujeres con y sin parejas que abusan del consumo de alcohol.
6. Determinar la capacidad del ICOD para diferenciar la presencia o ausencia de codependencia en mujeres que han sido o no maltratadas físicamente por su pareja.

B. DEFINICIÓN DE CODEPENDENCIA

La codependencia es un trastorno en el área de las relaciones interpersonales que por tratarse de un problema multidimensional ha sido objeto de diversas definiciones. En su origen, la codependencia se refiere a un problema psicológico que se reproduce de una manera repetitiva en casi todas las personas que conviven con un alcohólico o con adictos a otras sustancias químicas. Sin embargo, los estudios más recientes describen a la codependencia como una respuesta para sobrevivir a situaciones de estrés a largo plazo (Gotham y Sher, 1995; Fuller y Warner, 2000), o bien como los efectos de un incompleto desarrollo en la infancia, consecuencia de pérdidas afectivas tempranas (Soukup, 1995; Amodeo y Griffin, 1997; Simons, Lin, Gordon, Conger y Lorenz, 1999), así como a los efectos de una enseñanza de tradición cultural para las mujeres (Anderson, 1994; Granello y Beamish, 1998).

La codependencia ha sido identificada como un problema que se establece lenta y progresivamente, a través de momentos de aparente estabilidad, seguidos de crisis recurrentes, dónde pasa de ser una reacción "normal" ante una situación anormal, a convertirse en un problema de relación patológica (Freixa y Sanfeliu, 2000).

Se considera que una persona es codependiente porque permanece en una relación con una pareja que abusa de ella o la explota, organizando su vida alrededor de dicha persona problemática, con un fuerte compromiso, a pesar de la ausencia de satisfacciones personales o gratificaciones propias (Wright y Wright, 1991).

Potter-Efron y Potter Efron (1989), definen a la codependencia como un síndrome que abarca una serie de síntomas y rasgos de personalidad, en dónde el individuo se encuentra significativamente afectado por haber estado o estar involucrado en un ambiente familiar donde existe alcoholismo, dependencia químicás o un ambiente estresante a largo plazo.

Dicho ambiente estresante puede ser la violencia familiar, las pérdidas afectivas temprana, o la convivencia prolongada con una persona enferma física o emocionalmente, en dónde la persona codependiente ocupa el lugar de "rescatadora", como una manera de otorgarle sentido a su existencia.

Existen algunas referencias acerca de la construcción de diversos instrumentos elaborados en los Estados Unidos. Entre los más conocidos se encuentran los siguientes: "*Codependency Assesment Inventory*" (Friel, 1985); "*Potter-Efron Codependency Assesment*" (Potter-Efron y Potter-Efron, 1989); "*Spann-Fisher Codependency Scale*" (Fisher, Spann y Crawford, 1991) y "*Acquaintance Description Form*" (Wright y Wright, 1991).

Antes de este estudio, en México no se contaba con ningún instrumento para detectar codependencia. En lugar de traducir alguno de los instrumentos previamente mencionados, se consideró necesario el construir y validar un instrumento de codependencia por las siguientes razones: evitar los problemas de adecuación cultural y evitar los problemas conceptuales de validez y confiabilidad, debido a que los instrumentos

mencionados evalúan a la codependencia como un síndrome de personalidad, a excepción del instrumento de Wright y Wright que evalúa a la codependencia como un problema de relación, pero que se encontraba en proceso de validación al inicio de este estudio.

Wright y Wright (1991, 1999) proponen hacer una distinción entre dos diferentes tipos de codependencia: endógena y exógena. La primera se refiere a la predisposición para desarrollar codependencia que puede existir en los sujetos con una historia familiar de alcoholismo. La segunda tiene que ver con la manera de afrontar la problemática de convivir con una pareja que abusa del consumo de alcohol.

El instrumento de tamizaje propuesto para este estudio (ICOD), está diseñado para evaluar la codependencia como un problema de relación de pareja, que pueda estar o no presente en los hijos adultos de alcohólicos o en otras personas con antecedentes familiares diferentes.

Por tanto, pretende detectar la codependencia exógena, dado que sería objeto de otro estudio el poder determinar la codependencia endógena.

La codependencia fue definida para este estudio de la siguiente manera: Un problema de relación dependiente de la pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer se encuentra enfocada en atender las necesidades de su pareja y de otras personas, sin tomar en cuenta las propias. Se encuentra asociada con: un mecanismo de negación, un desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y una orientación rescatadora hacia los demás.

Las cuatro dimensiones conceptuales que describe el ICOD, son congruentes con los cuatro factores que arrojó el análisis factorial del instrumento. Sus definiciones son las siguientes:

1. Negación

Mecanismo de defensa que tiene como finalidad evitar experimentar una realidad difícil de resolver. Se manifiesta a través de una serie de autoengaños y justificaciones, por medio de los cuales la mujer descalifica sus pensamientos y emociones, a la vez que evita el contacto con otras personas que puedan confrontarla con su realidad. Dificultad para establecer límites con la pareja. Confusión por pensar en los problemas de la pareja, sin reconocer la propia problemática personal.

Sus manifestaciones son:

- Tolerar malos tratos de la pareja para evitar enfrentar la problemática personal.
- Evitar contacto con personas fuera de la familia, para no escuchar otras opiniones.
- Confusión por tratar de aceptar lo que en realidad no acepta.
- Rigidez y desorientación cuando las situaciones se presentan fuera de su control.
- Justificar las faltas de la pareja y tratar de imponer en otros una buena imagen de él.
- Minimizar el problema con la pareja, para evitar tener que resolverlo.

2. Incompleto desarrollo de la identidad

Como consecuencia de un desarrollo infantil interrumpido por situaciones traumáticas en la infancia, la mujer se queda atrapada en una simbiosis no resuelta con sus progenitores, a la espera de algún día poder cubrir sus anheladas necesidades de afecto y protección. Debido a eso, vive en función de cubrir las necesidades de los demás, como una manera de compensar sus propios sentimientos de miedo y autodevaluación. Le resulta difícil tomar decisiones porque internamente se siente incompleta.

Sus manifestaciones son:

- Relación simbiótica con la pareja y con otras personas.
- Tensión emocional producto de la falta de conciencia de las propias necesidades.
- Dificultad para establecer límites con las personas.
- Dificultad para tomar decisiones.

- Ansiedad de separación y miedo a la soledad.
- Sentimientos de autodevaluación y desvalimiento.

3. Represión emocional

La mujer no expresa su disgusto porque tiene miedo a ocasionar problemas y a perder la aceptación de los demás. Trata de ser prudente y comprensiva con todos, a la vez que reprime sus emociones y sentimientos. Procura mantener el control de las situaciones para evitar conflictos, discusiones o situaciones desagradables.

Sus manifestaciones son:

- Tratar de ser comprensiva y complaciente con todos.
- Evitar expresar sus emociones.
- Complacer por miedo a no ser aceptada.
- Miedo a perder el control.
- Vivir con incertidumbre por el temor de algo terrible que le pueda llegar a suceder.

4. Orientación rescatadora

Para sentirse segura de sí misma, la mujer trata de controlar su ambiente buscando resolver los problemas de los demás. Sus actitudes son de perfeccionismo, trabajo desmedido y exagerada responsabilidad, que la llevan a comprometerse con situaciones que le disgustan, pero que acepta de una manera sufrida porque así se siente querida y valorada por los demás.

Sus manifestaciones son:

- Aparentar estar bien aunque se sienta mal.
- Trabajar en exceso haciendo cosas que le corresponden a otros.
- Actitudes de perfeccionismo.
- Exagerar la propia responsabilidad.

- Preocupación excesiva por los demás.
- Evitar entrar en contacto con ella misma.

C. MÉTODOS

La construcción de instrumento y sus pruebas de validez se llevaron a cabo a través de los siguientes estudios:

Estudio 1: Validez de constructo

Objetivos específicos:

- Describir la estructura factorial del ICOD.
- Evaluar la consistencia interna global del ICOD y de sus dimensiones conceptuales.

Participantes

Participó una muestra de 230 mujeres que acudieron a consulta de primer nivel a un Centro de Salud del Distrito Federal, con un rango de edad entre 18 y 65 años y un año como mínimo de cohabitar con la pareja. La media de edad de esta población fue de 33.7, con una desviación estándar de 10.4 y un promedio de 11 años de casadas (63.9%) o de convivir con la pareja (36.1%). Los niveles de escolaridad fueron los siguientes: ausencia de escolaridad = 7.0%, primaria = 23.5%, secundaria = 25.2%, preparatoria = 14.4%, carrera técnica = 20.4% y licenciatura = 9.5%. En este grupo, 158 mujeres se encuentran dedicadas a las labores del hogar (68.7%), 22 reportaron tener un empleo eventual (9.6%) y 50 un empleo fijo (21.7%).

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal en dicho centro de salud. La muestra fue elegida en forma no aleatoria.

Instrumento

Se elaboró un cuestionario consistente en datos demográficos básicos, el ICOD y algunas preguntas relacionadas con el consumo de alcohol de la pareja y con conductas físicamente violentas que pudieron sufrir alguna vez en la vida las mujeres participantes.

La versión del ICOD constó de 30 reactivos que hacen referencia a diferentes percepciones y conductas de la mujer de entrega y auto-sacrificio a los demás, en particular hacia una pareja que abusa de ella o la explota. Estos reactivos reflejan que la vida de la mujer está organizada alrededor de dicha pareja, a pesar de la ausencia de satisfacciones o gratificaciones personales. Por ejemplo se incluyen preguntas como: ¿Permite groserías o malos tratos de su pareja? ¿Hace de lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja? ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian? ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia? Las respuestas fueron codificadas en un rango de 0 (nunca) a 3 (mucho).

Procedimiento

Un grupo de tres encuestadores, entrenados previamente, obtuvo primeramente la firma de consentimiento de las mujeres para participar en el estudio, previa explicación de los objetivos y garantizando la plena confidencialidad en el manejo de la información. El ICOD fue aplicado posteriormente de manera individual

y en forma de entrevista. La aplicación fue llevada a cabo en instalaciones del centro de salud, tomando un tiempo de 10 minutos por participante. A todas las mujeres se les proporcionó un listado de grupos y organizaciones que dan apoyo al problema de las adicciones y/o al de la violencia doméstica.

Resultados

Se realizó un análisis factorial que arrojó ocho factores con valores eigen superiores o iguales a 1.00, los cuales explicaron el 65.8% de la varianza total. Después de la rotación varimax únicamente cuatro factores eran conceptualmente congruentes. Por consiguiente, se realizó un segundo análisis factorial, con una solución obligada a cuatro factores, los cuales explicaron el 50.8% de la varianza. Después de una rotación varimax, todos los reactivos presentaron en al menos un factor una carga de al menos .40, por lo que no se eliminó ningún reactivo.

Los cuatro factores mostraron congruencia con las cuatro dimensiones conceptuales propuestas en la definición de codependencia del instrumento: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora hacia los demás. Por último, para probar la confiabilidad del instrumento, se realizaron pruebas de consistencia interna, obteniendo valores alpha elevados en los cuatro factores (Ver Tabla 1). El instrumento arrojó como resultado un Alpha Total de Cronbach de .9201.

Tabla 1: ESTRUCTURA FACTORIAL Y CONSISTENCIA INTERNA DEL ICOD

	F1	F2	F3	F4
FACTOR 1: Mecanismo de negación				
V23 ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	.73	.25	.12	-.10
V22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	.66	.08	.03	.32
V24 ¿Siento mucho miedo de que su pareja se enoje?	.58	.38	-.21	.14
V19 ¿Para evitar problemas no Dice lo que le molesta?	.63	.25	.15	.23
V14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	.56	.10	.36	.15
V18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	.56	.18	.17	.20
V30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	.57	.02	.49	.09
V15 ¿Piensa que sería peor el tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	.52	.32	.20	.11
V4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	.48	.33	.10	.27
V29 Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	.45	.21	.32	.33
V11 ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	.42	.21	.27	.31
V16 ¿Ha perdido la capacidad de sentir?	.64	-.08	.29	-.04
Alpha = .8707				
FACTOR 2: Desarrollo incompleto de la identidad				
V5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	.13	.67	.18	.15
V17 ¿Ha sentido miedo de quedarse sola?	.06	.63	.18	.08
V2 ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	.32	.59	.13	.15
V7 ¿Alieneo las necesidades de su pareja antes que las suyas?	.05	.55	.25	.22
V1 ¿Ha tenido que justificar a su pareja por las faltas que comete?	.37	.51	-.07	.30
V3 ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	.30	.50	-.00	.30
V13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	.30	.48	.39	-.02
V26 ¿Sufre de dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	.10	.45	.12	.10
Alpha = .7804				
FACTOR 3: Represión emocional				
V28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	.15	-.00	.67	.16
V8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	.05	.26	.58	.20
V12 ¿Cuándo está contenta de pronto siente temor de que algo malo suceda?	-.13	.24	.56	.14
V25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	.33	.42	.49	-.08
V27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	.45	.31	.52	.07
Alpha = .7094				
FACTOR 4: Orientación rescatadora				
V9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	.10	.00	.21	.73
V10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida cuando realmente no lo están?	.08	.34	.11	.68
V6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	.12	.52	-.03	.57
V20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	.32	.18	.01	.42
V21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	.12	.16	.24	.46
Alpha = .7134				

Alpha Total = .9201

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Estudio 2: Validez de criterio externo

Objetivos específicos:

- Determinar la capacidad del instrumento para discriminar entre casos y no casos de codependencia.
- Definir un punto de corte para diferenciar entre los casos y los no casos.

Participantes

Este estudio se llevó a cabo con 41 mujeres. Con el propósito de obtener mayor variabilidad en las respuestas, 20 fueron pacientes que acudieron a consulta de psicoterapia de primera vez en un instituto particular y 21 fueron acompañantes de pacientes que entraban a consulta y que ellas mismas nunca habían asistido a un tratamiento de psicoterapia. El resto de los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres entre 18 y 65 años de edad y con un año como mínimo de cohabitar con su pareja. El promedio de edad de estas mujeres fue de 39 años y los niveles de escolaridad reportados por ellas fueron los siguientes: primaria (7.1%), secundaria (7.1%), preparatoria (38.1%), licenciatura (47.6%).

Diseño

Cada una de las mujeres respondió al ICOD en forma auto-aplicada, y posteriormente dos jueces expertos, ciegos al resultado de la prueba, evaluaron a las mismas mujeres de manera independiente.

Instrumento

Se utilizó por un lado la versión definitiva del ICOD de 30 reactivos, y por otro, los expertos (terapeutas) utilizaron una guía que incluía las características que tienen las mujeres codependientes, de modo que

podrían evaluar su presencia o ausencia, y otorgar una calificación global: no caso o caso. Los terapeutas expertos eran un médico con especialidad en psicoterapia y experiencia de 25 años en la atención a pacientes y una psicóloga con maestría en Psicología Clínica y especialidad en psicoterapia con experiencia de 12 años en la atención de pacientes.

Procedimiento

Primeramente cada una de las mujeres respondió de manera individual y auto-aplicable al instrumento, su participación fue voluntaria y se les garantizó confidencialidad en el manejo de la información obtenida. En seguida dos terapeutas expertos en el tema, utilizaron la guía temática (Ver Cuestionario 1 al final de este capítulo) para realizar de manera individual una entrevista semi-estructurada con cada una de las pacientes y dictaminaron bajo su criterio clínico la ausencia o presencia de codependencia.

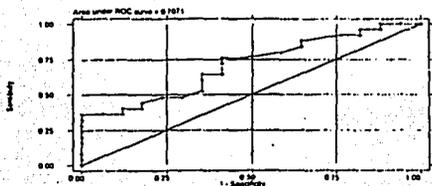
Resultados

Se analizó la confiabilidad entre jueces en cuanto a su evaluación global a través del estadístico Kappa. Asimismo, se calculó la sensibilidad y especificidad del ICOD comparando los criterios clínicos de cada uno de los terapeutas con los datos arrojados por las respuestas de las participantes al instrumento. En el instrumento se tomó como base la mediana para establecer una diferencia entre posibles no casos y casos de codependencia. También se calcularon curvas Roc (*Receiver Operating Characteristic*) para determinar el punto de corte óptimo que permitiera diferenciar la puntuación entre no casos y casos. Estas curvas fueron calculadas con el programa Stata (2001), el cual genera gráficas de la sensibilidad versus 1 – especificidad de la prueba diagnóstica. La exactitud discriminatoria de la prueba diagnóstica es medida por su capacidad para clasificar correctamente los sujetos reconocidos como normales y anormales. La ejecución global de una prueba diagnóstica es resumida por el área bajo la curva Roc; ésta puede

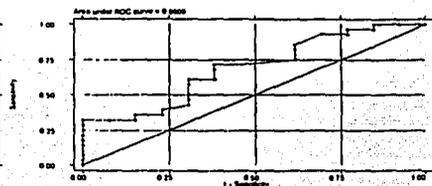
interpretarse como la probabilidad de que el resultado de una prueba diagnóstica de un sujeto anormal elegido aleatoriamente será mayor que el resultado de la misma prueba diagnóstica de un sujeto normal elegido de la misma manera. En la medida en que el área bajo la curva Roc sea mayor, mejor será la ejecución global de la prueba diagnóstica. (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1

Criterio Juez A



Criterio Juez B



En la Gráfica 1 se observa la curva Roc según el criterio del Juez A y el Juez B, en la primera se muestra un área bajo la curva de .7071 y en la segunda de.6909. Como se puede notar, los resultados son muy similares en ambos jueces.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Tabla 2 se observan los resultados obtenidos por medio de las pruebas Kappa comparando los criterios de acuerdo y desacuerdo entre los dos jueces. Asimismo se presentan los resultados de las pruebas de sensibilidad y especificidad del instrumento que se realizaron con base en los criterios del Juez A, en comparación con los resultados del ICOD. Se buscó aquel punto de corte que minimizara simultáneamente el número de falsos positivos y de falsos negativos. El punto de corte obtenido fue $> = 32$; lo cual significa que un puntaje de 32 o más en el cuestionario, puede ser considerado como probable caso de codependencia. Con este punto de corte la tasa de clasificación correcta fue de 69.05%, la sensibilidad de 76.00% y la especificidad de 69.05%.

Tabla 2: ESTIMACIÓN DE LA VALIDEZ DE CRITERIO EXTERNO DEL ICOD

CODEPENDENCIA	TERAPEUTA *A*	TERAPEUTA *B*	INSTRUMENTO	
NO CASOS	16	13	19	
CASOS	25	28	22	
TOTAL	41	41	41	
Tasa de clasificación correcta: 69.05% Sensibilidad: 76.00% Especificidad: 69.05% % de falsos positivos: 24% % de falsos negativos: 42% Punto de corte instrumento: Puntuación $> = 32$ Área bajo la curva Roc para el terapeuta *A*: 0.7071 Área bajo la curva Roc para el terapeuta *B*: 0.6909				
Acuerdo	Kappa	Error estándar	z	P > z
92.68%	0.8409	0.1542	5.45	0.0000

3. Análisis complementarios con base a la muestra del Estudio 1

Objetivos específicos:

- Determinar la capacidad del ICOD para diferenciar la presencia o ausencia de codependencia en mujeres con y sin parejas que abusan del consumo de alcohol.
- Determinar la capacidad del ICOD para diferenciar la presencia o ausencia de codependencia en mujeres con parejas que las han maltratado físicamente o no alguna vez en la vida.

Participantes y procedimiento

Para cumplir estos objetivos se retomó la muestra de 230 mujeres del Centro de Salud (Estudio 1), la cual fue dividida en cuatro subgrupos: 1) Mujeres cuya pareja abusa del consumo de alcohol, 2) Mujeres cuya pareja no abusa del consumo de alcohol, 3) Mujeres que han sido objeto de maltrato físico por parte de la pareja, y 4) Mujeres que no han sido objeto de maltrato físico por parte de la pareja.

La identificación de las mujeres con pareja que abusa del consumo de alcohol se hizo tomando como base la respuesta a la pregunta: ¿Cómo describiría los hábitos de consumo de alcohol de su pareja? Y que varió desde: 1) No bebe. 2) Bebe moderadamente. 3) Bebe ocasionalmente pero cuando lo hace se emborracha. 4) Bebe en exceso con mucha frecuencia. 5) Es alcohólico. Las respuestas 3, 4 y 5 fueron tomadas como indicador de abuso de alcohol.

La presencia de maltrato por parte de la pareja fue determinada por medio de las respuestas afirmativas a por lo menos uno de los 11 reactivos que conforman el Cuestionario de Violencia Doméstica (Ramírez Rodríguez y Patiño Guerra, 1997). Entre estos reactivos se encuentran preguntas tales como: ¿Alguna vez

en la vida su pareja la ha golpeado? ¿Alguna vez en la vida su pareja la ha sacudido, zarandeado o jaloneado?

Resultados

Para determinar si el cuestionario permite medir y diferenciar la presencia o ausencia de codependencia en mujeres con y sin parejas que abusan del alcohol, y en mujeres con y sin una pareja que las haya maltrato físicamente, se realizaron pruebas χ^2 . Tanto las mujeres con una pareja con problemas de abuso de alcohol como las que han sufrido maltrato por parte de ella, obtuvieron porcentajes significativamente superiores según el punto de corte del ICOD. En el primer caso, 37% mostraron ser probables casos en comparación con las mujeres con una pareja sin estos problemas (6%) ($\chi^2=32.89$, (1)gl $p<.001$), (Ver Tabla 3); en el segundo caso, 29% de las mujeres con parejas maltratadoras puntuaron como probables casos, en comparación con el 1% de las mujeres sin este problema ($\chi^2=38.90$, (1)gl $p<.001$), (Ver Tabla 4).

Tabla 3: ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL DE LA PAREJA Y CODEPENDENCIA

		NIVELES DE CODEPENDENCIA					
		No casos		Casos		Total	
		f	%	f	%	f	%
Pareja con problemas de alcohol	sin de	170	93.9	11	6.1	181	100.0
Pareja con problemas de alcohol	con de	31	63.3	18	36.7	49	100.0

$\chi^2 = 32.89$ (1)gl $p = .0000$

Tabla 4: ASOCIACIÓN ENTRE MALTRATO FÍSICO DE LA PAREJA Y CODEPENDENCIA

	NIVELES DE CODEPENDENCIA					
	No casos		Casos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ausencia de maltrato físico	129	99.2	1	.8	130	100.0
Presencia de maltrato físico	70	71.4	28	28.6	98	100.0

$\chi^2 = 38.90 (1)g| p = .0000$

La construcción y validación del ICOD tuvo como finalidad su aplicación en el estudio epidemiológico que se explica en la Fase 2 de este estudio. Sin embargo, se considera que este instrumento podrá ser también de utilidad en otras investigaciones (Ver Cuestionario 2 al final de este capítulo).

Cuestionario 1

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA EL PROBLEMA DE RELACIÓN CODEPENDIENTE

Nombre de la paciente: _____ Clave: _____

Edad: _____ Nivel de estudios: Primaria ___ Secundaria ___ Preparatoria ___ Licenciatura ___

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se manifiesta a través de la presencia de los siguientes síntomas y situaciones:

	Presencia	Ausencia
A. Mecanismo de negación manifestado por:		
• Abuso y maltrato por parte de la pareja.		
• Evita convivir con personas que no son de la familia.		
• Miedo a que su pareja se enoje.		
• Para evitar problemas evita decir lo que le molesta.		
• Dificultad para enfrentarse a situaciones inesperadas.		
• Evita expresar su opinión cuando difiere de su pareja.		
• Piensa que no puede hacer nada para resolver el problema que padece con su pareja.		
• Dificultad para identificar sus emociones.		
• Dificultad para saber lo que quiere hacer con su vida.		
• Confusión de sentimientos.		
• Actitudes de indiferencia.		
• Dificultad para aceptar maneras de hacer las cosas distintas a las suyas.		
B. Incompleto desarrollo de la identidad manifestado por:		
• Descalifica sus valores y convicciones por aceptar los de su pareja.		
• Tiene miedo de quedarse sola.		
• Hace lo que su pareja desea en lugar de lo que ella quiere.		
• Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas.		
• Justifica a su pareja por las faltas que comete.		
• Dificultad para tomar decisiones.		
• Se siente desprotegida.		
• Padece de dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda.		
C. Represión emocional manifestada por:		
• Se muestra comprensiva aunque otros hagan cosas que le molestan.		
• Evita expresar su enojo.		
• Dificultad para disfrutar.		
• Complace a la pareja sexualmente pero ella no disfruta.		
• Miedo a ser criticada.		
D. Orientación rescatadora manifestada por:		
• Hace los trabajos que le corresponden a otras personas.		
• Negación y autoengaños como manera de evitar resolver sus problemas.		
• Aparenta estar bien aunque se sienta mal.		
• Exagera sus propias responsabilidades y después se siente exhausta.		
• Preocupación excesiva por todos y por todo.		

EVALUACIÓN GENERAL

Ausencia de codependencia				
Presencia de codependencia	Leve	Moderada	Severa	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuestionario 2
INSTRUMENTO DE CODEPENDENCIA (ICOD)

Las siguientes preguntas están dirigidas a conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en su relación de pareja. Favor de marcar con una "X", la respuesta que mejor corresponda.

	NO	SI		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1. ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0	1	2	3
2. ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	0	1	2	3
3. ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	0	1	2	3
4. ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	0	1	2	3
5. ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0	1	2	3
6. ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	0	1	2	3
7. ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0	1	2	3
8. ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0	1	2	3
9. ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	0	1	2	3
10. ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	0	1	2	3
11. ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	0	1	2	3
12. ¿Cuándo está contenta de pronto siente temor de que algo malo suceda?	0	1	2	3
13. ¿Por momentos se siente desprotegida?	0	1	2	3
14. ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	0	1	2	3
15. ¿Piensa que sería peor el tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	0	1	2	3
16. ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	0	1	2	3
17. ¿Siente miedo de quedarse sola?	0	1	2	3
18. ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0	1	2	3
19. ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	0	1	2	3
20. ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	0	1	2	3
21. ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0	1	2	3
22. ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	0	1	2	3
23. ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	0	1	2	3
24. ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0	1	2	3
25. ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0	1	2	3
26. ¿Sufre de dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	0	1	2	3
27. ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	0	1	2	3
28. ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	0	1	2	3
29. ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	0	1	2	3
30. ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	0	1	2	3

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FASE 2: ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA CODEPENDENCIA EN UNA MUESTRA DE MUJERES MEXICANA

A. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

1. ¿Qué tan prevalente es la codependencia en una población de mujeres que acuden a la consulta médica general de un Centro de Salud del Distrito Federal?
2. ¿La problemática por el consumo de alcohol en la familia y/o la pareja se encuentra relacionada con la presencia de codependencia en las mujeres que acuden a consulta médica general?
3. ¿La problemática por el consumo de alcohol en la familia y/o la pareja aunada al maltrato en la infancia y/o por parte de la pareja se encuentran relacionados con la presencia de codependencia en las mujeres que acuden a consulta médica general?
4. ¿Existen otros factores relacionados con la presencia de codependencia?

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Investigar la prevalencia de codependencia en mujeres que acuden a consulta de primer nivel en un Centro de Salud del Distrito Federal.
2. Investigar la asociación entre la historia familiar de alcoholismo y tener una pareja que abusa del consumo de alcohol.
3. Investigar la asociación entre la historia familiar de maltrato y tener una pareja maltratadora.
4. Investigar si los guiones femeninos tradicionales negativos, las pérdidas afectivas en la infancia y el ser la hija primogénita en la familia de origen se relacionan con la presencia de codependencia.

5. Investigar si la historia familiar de alcoholismo y/o tener una pareja que abusa del consumo de alcohol se relaciona con la presencia de codependencia.
6. Investigar si la historia familiar de maltrato y/o tener una pareja maltratadora se relaciona con la presencia de codependencia.

C. HIPÓTESIS:

1. La prevalencia de codependencia en una población de mujeres que acuden a consulta médica general en un centro de salud del Distrito Federal es mayor al 10%.
2. Las mujeres con historia familiar de alcoholismo y/o con pareja que abusa del consumo de alcohol, tienen un riesgo de presentar codependencia tres veces mayor que las mujeres sin estos antecedentes.
3. Las mujeres con historia familiar de maltrato y/o con una pareja maltratadora, tienen un riesgo de presentar codependencia cuatro veces mayor a las mujeres sin estos antecedentes.
4. Las mujeres con guiones femeninos tradicionales negativos, con pérdidas afectivas tempranas y que son primogénitas, tienen un riesgo de presentar codependencia dos veces mayor a las mujeres que no presentan estos factores.

D. MODELO CONCEPTUAL

Con la finalidad de ilustrar la direccionalidad y temporalidad de las variables seleccionadas para este estudio se elaboraron dos esquemas: 1) Componentes del modelo conceptual y 2) Variables del modelo conceptual (Infante, Schlaepfer y Abreu, 2000), (Ver modelos 1 y 2, en el Anexo 1). El primero describe los principales componentes teóricos en los que se encuentra basado este estudio,

el segundo ilustra las variables derivadas de dichos componentes que fueron seleccionadas para esta investigación, las cuales serán descritas en el siguiente apartado.

E. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variables antecedentes:

1. Guiones femeninos tradicionales: Patrones de vida culturales que determinan inconscientemente la manera de pensar, sentir y actuar de las mujeres ante diversas situaciones. Están constituidos por reglas, prescripciones y expectativas, que se transmiten vía el aprendizaje verbal y el no verbal de una generación a otra, definiendo la identidad sexual femenina. Estos patrones se encuentran constituidos por dos grandes aspectos:
 - a. Conductas y actitudes positivas (femineidad): Se refieren a patrones en los que las mujeres muestran rasgos que han sido considerados tradicionalmente como "femeninos", en la medida en que implican un componente relacional importante, pero que no disminuyen su autoestima y autovaloración.
 - b. Conductas y actitudes negativas (sumisión): Se refieren a patrones en los que las mujeres muestran también rasgos que se consideran "femeninos", pero que las ubican en una posición de sometimiento a la voluntad de otros a través de un proceso de descalificación y devaluación de sus capacidades.
2. Pérdidas afectivas tempranas: Historia infantil, hasta los 12 años, caracterizada por alguna de las siguientes situaciones: fallecimiento o abandono de alguno de los progenitores, separación de los padres, actitudes

de descuido o negligencia de los padres, enfermedad crónica discapacitante física o mental de algún familiar con quien convivían diariamente.

3. Lugar por el orden de nacimiento entre los hermanos: hija primogénita, la segunda, la tercera, la más pequeña, etc.

Variables independientes relacionadas con problemas por el alcohol:

1. Historia Familiar de Alcoholismo: Antecedentes de alcoholismo familiar, cuando uno o más de sus miembros abusa del consumo del alcohol.
 - a. Historia de abuso en el consumo de alcohol de los padres: El sujeto sabe o fue testigo del abuso excesivo de alcohol de uno o ambos padres.
 - b. Historia de abuso en el consumo de alcohol de los abuelos: El sujeto sabe o fue testigo del abuso excesivo de alcohol de uno o más de sus abuelos.
 - c. Historia de abuso en el consumo de alcohol de los hermanos: El sujeto sabe o fue testigo del abuso excesivo de alcohol de uno o más de sus hermanos.
2. Pareja que abusa del consumo de alcohol: La pareja bebe más de dos o tres veces por semana y más de 7 a 9 copas por ocasión, o bien presenta síntomas de dependencia al alcohol, de acuerdo a los criterios del DSM IV (APA, 1995).

Variables independientes relacionadas con problemas de maltrato:

1. Historia familiar de maltrato: Antecedentes de maltrato familiar en la infancia o en la adolescencia. La mujer fue maltratada por alguno de sus padres o hermanos, o fue testigo del maltrato de uno de sus padres sobre el cónyuge, o fue testigo del maltrato que ejerció alguno de sus padres sobre uno o más de sus hermanos, a través de una o más de las siguientes variables:

- a. **Maltrato físico:** Acciones que por lo general, se conforman en una escalada que puede comenzar con un pellizco, y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas y torceduras, pudiendo llegar hasta el homicidio (Cervantes Muñoz, Ramos Lira y Saltijeral, 2001).
- b. **Maltrato emocional:** Conductas verbales tales como insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización y amenazas, así como conductas no verbales como la indiferencia, el rechazo y la intimidación física (Cervantes Muñoz, Ramos Lira y Saltijeral, 2001).
- c. **Maltrato sexual:** La imposición de actos de orden sexual mediante el uso de la fuerza y/o en contra de la voluntad de una persona. Incluye la violación marital (Cervantes Muñoz, Ramos Lira y Saltijeral, 2001).

2. **Pareja maltratadora:** La mujer tiene una pareja que ha ejercido contra ella maltrato físico, emocional o sexual, definidos de igual manera que en los antecedentes de maltrato.

Variable Dependiente:

1. **Codependencia:**

Patrón de relación dependiente de la pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer se encuentra enfocada en atender las necesidades de su pareja y de otras personas, sin tomar en cuenta las propias. Se encuentra asociado con la negación del problema, un incompleto desarrollo de la identidad, la represión emocional y una orientación rescatadora hacia los demás.

F. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variables antecedentes:

1. Guiones femeninos tradicionales: Determinados por las respuestas a las escalas de Femenidad y Sumisión del Inventario de Maculinidad y Femenidad. (Lara Cantú, 1993).
2. Pérdidas afectivas tempranas: Determinadas por las respuestas al Cuestionario para Mujeres (ver anexo 2).
3. Lugar por el orden de nacimiento entre los hermanos: Determinado por las Respuestas al Cuestionario para Mujeres (ver anexo 2).

Variables independientes relacionadas con problemas por el alcohol:

1. Historia familiar de alcoholismo: Determinada por las respuestas al Cuestionario de antecedentes de consumo de alcohol en la familia de origen (Ramos Lira., Saltijeral Mendez., Romero Mendoza., Caballero Gutiérrez., Martínez Velez., 2001).
2. Pareja que abusa del consumo de alcohol: Determinada por las respuestas a las tres primeras preguntas del AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). (De la Fuente, Kershenobich, 1992) o pareja adicta al alcohol, de acuerdo a las preguntas utilizadas en la Encuesta Nacional de Adicciones (1988), basadas en los criterios de diagnóstico del DSM IV (APA, 1995).

Variables independientes relacionadas con problemas de maltrato:

1. Historia familiar de maltrato: Determinada por las respuestas al Cuestionario de Antecedentes de maltrato en la familia de origen. (Ramos Lira., Saltijeral Mendez., Romero Mendoza., Caballero Gutierrez., Martínez Velez., 2001).

2. Pareja maltratadora: Determinado por las respuestas a una selección de preguntas del Cuestionario de Violencia Física, Violencia Emocional y Violencia Sexual (Ramírez Rodríguez y Patiño Guerra, 1997).

Variable Dependiente:

1. Codependencia: Determinada por las respuestas al Instrumento de Codependencia (ICOD) (Noriega y Ramos, 2002).

G. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

1. Cuestionario para detectar codependencia y factores asociados. (Ver Anexo 2).

Este cuestionario incluye el Instrumento de Codependencia elaborado de manera ad hoc para esta investigación, una selección de preguntas construidas y probadas por otros investigadores y una serie de indicadores diseñados específicamente para este estudio, abarcando las siguientes situaciones:

I Características sociodemográficas de la informante:

- a. Edad, estado civil, años de casada o de vivir con la pareja, número de hijos, nivel de estudios y ocupación. Indicadores: del 1 al 6.

II Detección del problema de codependencia en la relación con la pareja:

- b. Instrumento de Codependencia (ICOD), (Noriega y Ramos, 2002). Instrumento de tamizaje de 30 reactivos, construido y validado de manera ad hoc para este estudio, con la finalidad de detectar casos y no casos de codependencia en la relación de pareja. Las pruebas de validez reportan un Alpha Total de Cronbach de .9201, un punto

de corte de 32 o más en el puntaje, una sensibilidad de 76% y una especificidad de 69.05%.

III Antecedentes de consumo de alcohol de la informante

- c. TWEAK. Instrumento de tamizaje de 5 reactivos, inicialmente diseñado para identificar consumo riesgoso de alcohol en poblaciones prenatales. Utilizando un puntaje de 3 como punto de corte, presenta una sensibilidad en el rango entre 70 y 97% y una especificidad de 75 a 87%. (Cherpitel y Borges, 2000). Indicadores: del 7 al 12.

IV Antecedentes de maltrato hacia los hijos por parte de la informante.

- d. Tipo de relación con los hijos, maltrato hacia los hijos. Indicadores: 13 y 14.

V Pérdidas afectivas tempranas.

- e. Fallecimiento de alguno de los padres, separación de los padres, abandono de los padres, descuido o negligencia de los padres, enfermedad crónica discapacitante física o mental de algún familiar cercano, persona que la cuidó en caso de pérdida de alguno de los padres. Indicadores: del 15 al 24.

VI Lugar que ocupa la mujer por el orden de nacimiento entre los hermanos.

- f. Número de hermanos, lugar en la familia por el orden de nacimiento. Indicadores: del 25 al 27.

VII Problemas en el desarrollo infantil

- g. Situaciones que pudieron haber obstaculizado el desarrollo natural de la mujer en su infancia. Indicadores: del 28 al 32.

VIII Historia familiar de alcoholismo.

- h. Modificación para este estudio del cuestionario de antecedentes de consumo de alcohol en la familia de origen utilizado en un estudio de prevalencia de violencia sexual y problemas asociados en un centro de salud del Distrito Federal. (Ramos Lira., Saltijeral Mendez., Romero Mendoza., Caballero Gutierrez., Martínez Velez., 2001). Indicadores: del 33 al 35.

IX Historia familiar de maltrato

- i. Tipo de relación entre los padres, los hermanos y la encuestada. Indicador: 36

X Historia familiar de maltrato físico.

- j. Cuestionario de antecedentes de maltrato físico en la familia de origen. Utilizado en un estudio de prevalencia de violencia sexual y problemas asociados en un centro de salud del Distrito Federal. (Ramos Lira; Saltijeral Mendez; Romero Mendoza; Caballero Gutierrez; Martínez Velez., 2001). Indicadores: del 37 al 44.

XI Historia familiar de maltrato emocional.

- k. Cuestionario de antecedentes de maltrato emocional en la familia de origen Utilizado en un estudio de prevalencia de violencia sexual y problemas asociados en un centro de salud del Distrito Federal. Utilizado en un estudio de prevalencia de violencia sexual y problemas asociados en un centro de salud del Distrito Federal. (Ramos Lira; Saltijeral Mendez; Romero Mendoza; Caballero Gutierrez; Martínez Velez., 2001). Indicadores: 45 y 46.

XII *Historia familiar de maltrato sexual.*

- l. Cuestionario de antecedentes de maltrato sexual en la familia de origen. Utilizado en un estudio de prevalencia de violencia sexual y problemas asociados en un centro de salud del Distrito Federal. (Ramos Lira; Saltijeral Mendez; Romero Mendoza; Caballero Gutierrez; Martínez Velez., 2001). Indicadores: del 47 al 49.

XIII *Características demográficas de la pareja.*

- m. Edad, nivel de estudios y ocupación de la pareja/esposo. Indicadores: del 50 al 53.

XIV *Problemas con la pareja.*

- n. Tipo de problemas, intención de divorciarse o separarse. Indicadores: 54 y 59.

XV *Abuso en el consumo de alcohol de la pareja.*

- o. Selección de las tres primeras preguntas del AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) para determinar el grado de consumo de alcohol de la pareja. (De la Fuente, Kershenovich, 1992). Indicadores: del 60 al 62.

XVI *Dependencia al consumo de alcohol de la pareja*

- p. Reactivos utilizadas en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 para determinar dependencia al consumo de alcohol de acuerdo con los criterios del DSM IV (APA, 1995). Indicadores: del 63 al 71.

XVII *Maltrato físico de la pareja.*

- q. Selección de preguntas del Cuestionario de Violencia Física, Violencia Emocional y Violencia Sexual. Diseñado para un estudio sobre la violencia doméstica contra la mujer en tres sectores

poblacionales de Guadalajara. (Ramírez Rodríguez y Patiño Guerra, 1997). Indicador: 72.

XVIII Maltrato emocional por parte de la pareja.

- r. Selección de preguntas del Cuestionario de Violencia Física, Violencia Emocional y Violencia Sexual. Diseñado para un estudio sobre la violencia doméstica contra la mujer en tres sectores poblacionales de Guadalajara. (Ramírez y Rodríguez y Patiño Guerra, 1997). Indicador: 73.

XIX Maltrato sexual por parte de la pareja.

- s. Selección de preguntas del Cuestionario de Violencia Física, Violencia Emocional y Violencia Sexual. Diseñado para un estudio sobre la violencia doméstica contra la mujer en tres sectores poblacionales de Guadalajara. (Ramírez y Rodríguez y Patiño Guerra, 1997). Indicadores: 74.

XX Guiones femeninos tradicionales.

- t. Escalas "Femenina" y "Sumisión" del Inventario de Maculinidad y Femeinidad (Lara Cantú, 1993), con un total de 30 reactivos, modificando el número de opciones de respuesta. Los coeficientes de confiabilidad del instrumento aplicado a diferentes poblaciones de hombres y mujeres en México, se encuentran en un rango de .74 a .92.

XXI Conclusiones.

- u. Estado emocional y posible aprendizaje al finalizar la encuesta. Indicadores: 63 y 64.

H. Tipo de estudio:

Con la finalidad de investigar la prevalencia de codependencia y de establecer hipótesis etiológicas, se llevó a cabo un estudio transversal. Se utilizó la razón de momios de prevalencia (RMP), para estimar la fuerza de la asociación entre los casos de codependencia expuestos a cada uno de los factores de riesgo objeto de este estudio. Los casos fueron aquellas mujeres que obtuvieron un puntaje $>$ a 32 en el Instrumento de Codependencia y los no casos las que obtuvieron un puntaje \leq a 32.

Cuando el daño a la salud es una enfermedad crónica, el estimador que más se aproxima a la medición de la realidad de la asociación es la RMP (García -de la Torre y col. 1998). La codependencia se presenta de manera similar a una enfermedad crónica, debido a que se trata de un trastorno mental de inicio lento y larga duración, dónde el tratamiento no se establece sino hasta que tiene cierto tiempo de evolución, suficiente para cruzar el horizonte clínico y expresarse a través de signos y/o síntomas detectables, es decir, se trata de un padecimiento donde resulta difícil determinar el momento exacto en el que se desarrolló la enfermedad (Hennekens CH, Buring JE, citados por García-de la Torre y col.).

La RMP implica a la división de dos momios (Ver Tabla 1). Se considera que un momio es la razón de dos probabilidades condicionales, es decir, divide la probabilidad de ser expuesto dado que se es enfermo (verdadero positivo, celda a), entre la probabilidad de ser no expuesto dado que se es enfermo (falso negativo, celda c). El otro momio divide la probabilidad de ser expuesto, dado que se es no caso (falso positivo, celda b), entre la probabilidad de ser no expuesto dado que se es no caso (verdadero negativo, celda d).

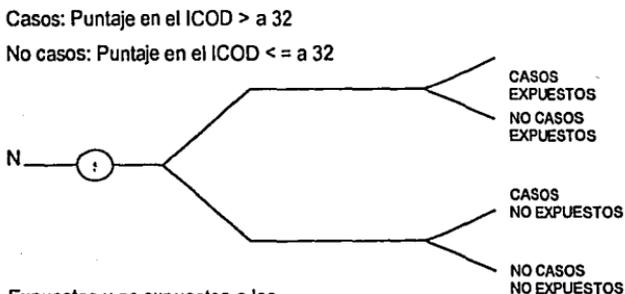
Tabla 1: Análisis de los factores de exposición

	Caso	No Caso
Expuesto	a	b
No Expuesto	c	d

$$RM = \frac{\frac{a}{c}}{\frac{b}{d}} \longrightarrow RM = a d / b c$$

En la figura 1, se observa el diagrama de Kleimbaum (1982) de un estudio transversal que sirvió de base para el diseño de esta investigación.

Figura 1: Diagrama de un estudio transversal



(Kleinbaum, 1982, p.66).

- Historia familiar de alcoholismo
- Pareja que abusa del consumo de alcohol
- Historia familiar de maltrato
- Pareja maltratadora
- Guiones femeninos tradicionales
- Pérdidas afectivas en la infancia.
- Hija primogénita

I. Muestreo

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, en Tlalpan, Distrito Federal.

Para este estudio no fue necesario realizar una selección aleatoria de la muestra, dado que la N representa al universo de mujeres que acude a consulta en dicho Centro de Salud. Por esta razón, la encuesta fue aplicada a las pacientes conforme se fueron registrando en la lista que controla una enfermera en el área de admisión. Cuando alguna de las pacientes no aceptaba participar, se registraba el motivo y se procedía a entrevistar a la siguiente.

Este procedimiento se siguió hasta completar la muestra de 830 mujeres, la cual fue estimada con base en los datos arrojados por el estudio realizado en el mes de junio del año 2000 en este mismo Centro de Salud para validar el Instrumento de Codependencia. Tomando como base estos datos y las estadísticas del Centro, se procedió a calcular el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula.

$$\begin{aligned} N &= Z_{\alpha/2}^2 \cdot P(1-P) / d^2 \\ &= 1.96^2 (.10)(.9) / 0.03^2 = 415 \end{aligned}$$

Tamaño de la población: 800 pacientes mensuales

P = prevalencia predeterminada: 10.00 %

D = Precisión 0.03

Nivel de confianza 95%

Por efecto de diseño¹, se decidió agregar un 100% de sujetos para compensar la muestra de manera suficiente para el análisis, quedando establecida la muestra total de la siguiente manera:

N total = 830

1. Criterios de inclusión:

- Mujeres que acuden a consulta de primer nivel al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, en Tlalpan, D.F.
- Edad: 20 a 45 años.
- Con dos años como mínimo de cohabitar con una pareja.

2. Criterios de exclusión:

- Mujeres no dispuestas a responder a la encuesta.
- Mujeres que acuden a solicitar consulta para sus hijos u otros familiares.

3. Eliminación:

- Cuestionario incompleto o inconsistente.

La variable edad fue controlada limitando la participación en el estudio a mujeres dentro de un rango entre 20 y 45 años de edad, donde la codependencia ocurre con mayor frecuencia (Noriega y Ramos, 2002).

¹ De acuerdo con la literatura (Allen y Allen, 2000; Encuesta Nacional de Adicciones, 1988; Natera y cols., 1988) y los estudios previos para este estudio (Noriega y Ramos, 2001), se estima que el 50% de los No Casos, podrían no ser elegibles para la muestra como controles por tener uno o más de los factores relacionados con la exposición de interés (ie: pareja maltratadora, historia de maltrato, etc.), por este motivo se amplió la muestra con el fin de contar con los casos suficientes para el análisis con los diferentes factores de exposición.

J. PROCEDIMIENTO

El estudio de campo fue llevado a cabo a través de los siguientes pasos: 1. Entrenamiento de un equipo de entrevistadores, 2. Realización de un estudio piloto, 3. Levantamiento de la encuesta, 4. Captura de los datos.

1. Entrenamiento de un equipo de investigadores

Un equipo de 14 entrevistadores, 9 mujeres y 5 hombres, todos psicólogos de profesión y seleccionados por su experiencia previa en otras investigaciones, fue entrenado por medio de un programa de capacitación para el levantamiento de esta encuesta (Anexo 3).

A cada uno de los investigadores se les entregó un Manual (Anexo 3) que explica el nombre del proyecto, el objetivo general, los objetivos específicos y una definición de codependencia. En ningún momento los encuestadores tuvieron conocimiento de las hipótesis objeto de este estudio.

Todos los entrevistadores fueron entrenados para el manejo de las hojas de control, con la finalidad de que cualquiera de ellos pudiera sustituir en un momento determinado al coordinador y evitar de esta manera la pérdida de alguna de las entrevistas. Como parte del mismo entrenamiento, también se proporcionó la información correspondiente a las actividades de los coordinadores y de la supervisora de campo (Anexo 3).

Durante el entrenamiento fueron seleccionados 7 encuestadores y un coordinador para el turno matutino (7:30am. a 1:30pm.) y 2 encuestadores y un coordinador para el turno vespertino (1:30pm. a 6:30pm.). La investigadora de este proyecto estuvo a cargo de la supervisión de ambos turnos. Los otros tres entrevistadores restantes quedaron como reserva para cubrir los turnos en caso de necesidad.

2. Estudio piloto

Con el fin de afinar el muestreo y los criterios de inclusión y exclusión, se realizó un estudio piloto. La razón de base era que las estadísticas del centro arrojaban un flujo mensual de pacientes que ascendía a 2,639, por lo que se inicialmente se planeó seleccionar únicamente a las mujeres de primera vez, donde la cifra disminuye a 1,643; esto permitiría calcular un flujo diario de 82 pacientes diarias, entre las cuales aproximadamente 50 (60%), podrían encontrarse en el rango entre 20 y 45 años de edad.

Sin embargo, en la semana en que duró el estudio piloto se observó que los criterios de inclusión reducían la muestra de manera considerable, por lo que se decidió incluir en el estudio a todas las mujeres que acudían a solicitar consulta de primer nivel al centro de salud, con un rango entre 20 y 45 años de edad y dos años como mínimo de cohabitar con una pareja. La modificación de este criterio permitió incluir a todo el universo de mujeres en la muestra.

También fue necesario agregar en los criterios de exclusión a las mujeres que acuden a solicitar consulta para sus hijos u otros familiares, y dejar únicamente a las que solicitan consulta para ellas mismas, con la finalidad de lograr una muestra más homogénea.

3. Levantamiento de la encuesta

La encuesta inició el 3 de septiembre del 2001 y terminó el 5 de octubre del mismo año en el momento en que se logró completar la muestra de 830 mujeres. Las encuestas foliadas hasta terminar los dos turnos del último día ascendieron a 878, de éstas, 25 correspondían a pacientes que no quisieron responder al cuestionario por razones personales y 8 más que no pudieron ser localizadas. De esta manera, la muestra total quedó conformada por 845 mujeres.

A lo largo de este periodo los entrevistadores aplicaron diariamente, de lunes a viernes, a manera de entrevista individual, los cuestionarios a cada una de las pacientes que aceptaron participar en el estudio. La investigadora se reunió semanalmente con todos los entrevistadores para aclarar dudas, resolver problemas y cubrir el pago de honorarios.

4. Captura de los datos

De manera diaria se capturaron los datos de cada uno de los cuestionarios, con la finalidad de poder clarificar de inmediato cualquier inconsistencia y prevenir la ocurrencia de errores u omisiones. Al término del estudio de campo, se revisó y limpió la base de datos haciendo análisis de frecuencias con cada uno de los reactivos y posteriormente se procedió al análisis estadístico.

K. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con la finalidad de cubrir los lineamientos éticos indicados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987), se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones para este estudio:

- La aplicación de la encuesta fue llevada a cabo con la autorización del titular de la institución.
- A cada una de las mujeres le fue solicitado por escrito su consentimiento informado para participar en la investigación, al mismo tiempo que se les explicaba el objetivo de la encuesta y se garantizaba la confidencialidad y el anonimato (Ver la primera hoja del Cuestionario para Mujeres, Anexo 2).
- Se hizo un compromiso con las participantes para entregarles un resumen por escrito de los resultados de la investigación, en caso de que lo solicitaran, una vez que el estudio se encontrara terminado.
- La entrevista fue suspendida de inmediato cuando la sujeto de investigación decidió no continuar.

- Al finalizar la entrevista, a cada una de las mujeres les fue entregado un listado de los Centros de Apoyo para los problemas de alcoholismo y violencia doméstica, dónde pueden acudir en caso de necesitar ayuda. (Ver al final del Cuestionario para Mujeres, Anexo 2). Este listado incluyó también los datos de la investigadora con la finalidad de que las mujeres pudieran solicitar un reporte de los resultados de la encuesta al finalizar el estudio.

L. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Análisis descriptivo de la muestra

Las variables sociodemográficas fueron analizadas por medio de un análisis descriptivo en el que se reporta la media y la desviación estándar para las variables continuas y la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas (Ver Tabla 2).

Tabla 2: DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

N = 845

VARIABLES CONTINUAS	MEDIA	S	MINIMO	MÁXIMO
Edad	31	6.80	20	47
Años de casada o de vivir con la pareja	10.15	6.44	2	30
No. de hijos	2.13	1.12	0	7
Edad del esposo/pareja	34.42	8.39	18	80

VARIABLES CATEGÓRICAS	F	%
Estado civil		
Casada	585	68.2
Unión libre	260	31.8
Sabe leer y escribir:		
Si	817	96.8
No	28	3.2
Escolaridad		
No fue a la escuela	21	2.4
Primaria incompleta	87	10.0
Primaria completa	145	17.7
Secundaria incompleta	55	6.3
Secundaria completa	175	21.1
Preparatoria incompleta	68	7.7

Preparatoria completa	75	8.5
Carrera técnica	147	18.1
Licenciatura/posgrado	72	8.2
Ocupación		
Hogar	701	81.2
Empleo eventual	69	8.9
Empleo fijo	75	9.9
Ingresos mensuales de la familia		
Menos de un salario mín		
Un salario mínimo	75	9.4
Dos salarios mínimos	271	31.6
Entre 3 y 5 salarios mín.	252	29.4
Entre 6 y 9 salarios mín.	192	22.6
Diez o más salarios mín	44	5.8
	11	1.2
Esposo sabe leer y escribir:		
Si	831	97.3
No	14	2.7
Escolaridad esposo/pareja:		
No fue a la escuela	16	1.8
Primaria incompleta	58	7.6
Primaria completa	121	14.6
Secundaria incompleta	62	7.1
Secundaria completa	211	24.2
Preparatoria incompleta	85	9.7
Preparatoria completa	102	12.8
Carrera técnica	60	7.4
Licenciatura/posgrado	130	14.8
Ocupación esposo/pareja:		
Empleo eventual	335	40.1
Empleo fijo	510	59.9

2. Análisis bivariado

En seguida se procedió a dicotomizar la variable dependiente y las variables independientes, para poder así analizar el comportamiento de la primera en las mujeres expuestas y no expuestas a los diferentes factores de interés. De esta manera la muestra quedó dividida en los siguientes grupos binarios:

1. Casos y no casos de codependencia.
2. Mujeres con y sin pareja que abusa del consumo de alcohol.
3. Mujeres con y sin pareja con probable dependencia al alcohol.
4. Mujeres con y sin maltrato físico por parte de la pareja.
5. Mujeres con y sin maltrato emocional por parte de la pareja.
6. Mujeres con y sin maltrato sexual por parte de la pareja.
7. Mujeres con y sin historia familiar de alcoholismo.
8. Mujeres con y sin maltrato físico por parte del padre.

9. Mujeres con y sin maltrato físico por parte de la madre.
10. Mujeres que fueron o no testigos de maltrato físico entre los padres.
11. Mujeres con y sin maltrato emocional por parte de la familia de origen.
12. Mujeres que fueron o no testigos de maltrato emocional en la familia de origen.
13. Mujeres con y sin historia de maltrato sexual.
14. Mujeres con y sin guiones tradicionales positivos (femineidad).
15. Mujeres con y sin guiones tradicionales negativos (sumisión).
16. Mujeres con y sin pérdidas afectivas en la infancia.
17. Mujeres que son y que no son hijas primogénitas.

En el Anexo 2, se puede apreciar la definición conceptual de las variables, con sus respectivos indicadores, escalas de evaluación y punto de corte.

También se procedió a dicotomizar las variables sociodemográficas, tanto de la informante como de su pareja, para poder incluirlas en el análisis bivariado (Ver Anexo 2).

Una vez formados los grupos binarios, se hicieron cruces de la variable dependiente con cada una de las variables independientes y sociodemográficas. Se calcularon intervalos de confianza al 95% y la significancia estadística de la OR se probó a través de la estadística de Mantel - Haenszel para independencia condicional, tomando como valor alfa ≤ 0.05 . (Ver Tabla 3: Análisis de Regresión Logística Univariado).

Tabla 3: ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA UNIVARIADO

VARIABLE	PAREJA QUE ABUSA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DE DROGAS				OR	IC 95%	P
	CASOS DE CODEPENDENCIA N = 207 23.5%		NO CASOS DE CODEPENDENCIA N = 591 67.2%				
	No	%	No	%			
Pareja que abusa del consumo de alcohol	110	54.2	226	38.6	1.879	1.361-2.594	<0.0001
Pareja con probable dependencia al alcohol	69	33.7	56	9.5	4.829	3.238-7.201	<0.0001

Abuso y probable dependencia al alcohol de la pareja	115	572	228	39,1	2.082	1.504 - 2.882	<0.001
--	-----	-----	-----	------	-------	---------------	--------

PAREJA MALTRATADORA

VARIABLE	CASOS DE CODEPENDENCIA N = 207 23.5%		NO CASOS DE CODEPENDENCIA N = 591 67.2%		OR	IC 95%	P
	No.	%	No.	%			
Maltrato físico de la pareja	113	54.6	140	23.7	3.873	2.776-5.402	<0.0001
Maltrato emocional de la pareja	189	92.2	429	73.7	4.213	2.449-7.249	<0.0001
Maltrato sexual de la pareja	95	45.9	71	12.0	6.200	4.287-8.968	<0.0001
Maltrato físico, emocional y sexual de la pareja	190	92.7	431	74.2	4.408	2.524 - 7.669	<0.0001

HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO

VARIABLE	CASOS DE CODEPENDENCIA N = 207 23.5%		NO CASOS DE CODEPENDENCIA N = 591 67.2%		OR	IC 95%	P
	No.	%	No.	%			
Padre con problemas por el alcohol	142	70.3	355	62.6	1.413	1.000-1.958	<0.050
Madre con problemas por el alcohol	17	8.2	48	8.1	1.008	.568-1.796	<0.977
Abuelo paterno con problemas por el alcohol	53	29.3	119	24.0	1.312	.895-1.920	<0.162
Abuela paterna con problemas por el alcohol	14	7.2	38	6.9	1.048	.555-1.980	<0.884
Abuelo materno con problemas por el alcohol	47	24.4	108	20.2	1.270	.859-1.877	<0.230
Abuela materna con problemas por el alcohol	13	6.5	34	6.0	1.090	.563-2.109	<0.799
Abuelos paternos y maternos con problemas por el alcohol (suma de los cuatro grupos anteriores)	76	43.7	177	37.3	1.306	.918-1.858	<0.138

HISTORIA FAMILIAR DE MALTRATO

VARIABLE	CASOS DE CODEPENDENCIA N = 207 23.5%		NO CASOS DE CODEPENDENCIA N = 591 67.2%		OR	IC 95%	P
	No.	%	No.	%			
Maltrato físico del padre	61	29.5	169	28.6	1.043	.737-1.478	<0.811
Maltrato físico de la madre	107	51.7	339	57.4	.795 Factor protector <1	.579-1.093	<0.157
Testigo de maltrato físico entre los padres	91	44.0	235	39.8	1.185	.860-1.632	<0.298

Historia de maltrato emocional	82	39.6	110	18.7	2.857	2.019-4.042	<0.0001
Testigo de maltrato emocional	108	55.1	297	52.4	1.116	.805-1.546	<0.511
Historia de maltrato sexual	49	23.7	70	11.8	2.308	1.538-3.465	<0.0001

GUIONES FEMENINOS TRADICIONALES, PÉRDIDAS AFECTIVAS TEMPRANAS Y ORDEN DE NACIMIENTO

Guiónes de femineidad	80	40.4	181	31.0	1.506	1.079-2.102	<0.016
Guiónes de sumisión	155	77.5	169	29.4	8.275	5.674-12.067	<0.0001
Pérdidas afectivas tempranas	149	78.8	309	57.5	2.749	1.863-4.054	<0.0001
Hija primogénita	73	35.3	192	32.6	1.126	.807-1.572	<0.483

VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LA INFORMANTE

VARIABLE	CASOS DE CODEPENDENCIA N = 207 23.5%		NO CASOS DE CODEPENDENCIA N = 591 67.2%		OR	IC 95%	P
	No	%	No	%			
Edad mujer < 31 vs >= 31	98	47.3	272	46.0	1.054	.768-1.448	<0.743
Estado civil Casada vs Unión Libre	80	38.6	166	28.1	1.613	1.157-2.249	<0.005
Años de vivir con la pareja < 9 vs >= 9	113	54.6	309	52.3	1.097	.799-1.507	<0.567
Número de hijos 0-2 vs 3 o más	76	38.2	176	30.9	1.380	.985-1.932	<0.060
Alfabetización Sabe leer y escribir vs no sabe	14	6.8	9	1.5	4.691	1.999-11.010	<0.0001
Escolaridad Secundaria incompleta vs Secundaria completa o más	110	53.1	399	67.5	.564 Factor protector < 1	.395-.754	<0.0001
Ingresos familiares mensuales < 2 salarios mín. vs >= 2 salarios mín.	62	30.0	182	30.8	.961 Factor protector < 1	.681-1.357	<0.821
Ocupación Ama de casa	161	83.4	488	86.7	.773 Factor protector < 1	.493-1.213	<0.262
Ocupación Empleo eventual	18	9.3	54	9.6	.970 Factor protector < 1	.554-1.698	<0.914
Ocupación Empleo fijo	25	13.0	54	9.6	1.403	.846-2.325	<0.188

VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LA PAREJA

Edad pareja < 34 vs >= 34	114	55.1	296	50.1	1.222	.889-1.679	<0.217
Alfabetización Sabe leer y escribir vs no sabe	5	2.4	8	1.4	1.785	.577-5.519	<0.308

Escolaridad Secundaria incompleta vs Secundaria completa o más	79	38.2	286	48.4	.658	.476-.910	<0.011
Ocupación Empleo eventual	71	39.4	180	34.7	1.227	.865-1.740	<0.251
Ocupación Empleo fijo	100	55.6	311	59.9	.836	.594-1.177	<0.305
Desempleado	8	4.4	25	4.8	.919	.407-2.076	<0.839

3. Correlación entre las variables del modelo conceptual

Con el interés de analizar la asociación entre las diferentes variables del modelo conceptual, se llevó a cabo un análisis de las variables por medio de la X^2 . Se cruzaron entre sí las variables antecedentes y también las variables independientes. También se cruzaron las antecedentes con cada una de las variables independientes del estudio que obtuvieron un valor de $p < .20$ en el análisis bivariado y que posteriormente serían probadas en la construcción de modelos multivariados (Hosmer, 2000). Las variables antecedentes e independientes también se analizaron en relación a la variable dependiente codependencia. En seguida se reportan las variables que obtuvieron valores estadísticamente significativos.

a. Correlación entre las variables antecedentes, las variables independientes relacionadas con problemas de alcohol y maltrato, y codependencia

En el caso de las variables antecedentes, observamos que una gran mayoría de las mujeres que sostenían guiones de sumisión había sufrido pérdidas en la infancia (70.4%), situación más frecuente que en las que no sostenían estos guiones (59.2%). ($X^2 = 9.78$ (1) gl $p \leq .01$). (Ver Tabla 4).

Al cruzar esta variable con las independientes que se refieren a problemas por el alcohol, se encontró que aquellas mujeres que sostienen guiones de sumisión habían tenido en forma significativamente más frecuente un padre con problemas por el

alcohol (68.6%), que aquellas que no tienen este gui3n (61.7%) ($X^2 = 3.99$ (1) gl $p < .05$). Asimismo, las mujeres sumisas reportaron mayormente tener una pareja con problemas de abuso o probable dependencia al alcohol (51.2%), en comparaci3n con aquellas que no son sumisas (38.8%) ($X^2 = 12.29$ (1) gl $p < .001$). (Ver Tabla 4).

En lo que se refiere a las variables independientes relacionadas con problemas de maltrato, en el grupo con guiones de sumisi3n se encontr3 que m3s mujeres tenian una pareja maltratadora (85.9%), en comparaci3n con las que no tenian estos guiones (74.1%) ($X^2 = 16.37$ (1) gl $p < .0001$). Asimismo, m3s mujeres sumisas reportaron tener una historia de maltrato emocional (32.7%), comparativamente con las no sumisas (19.7%) ($X^2 = 17.84$ (1) gl $p < .0001$). (Ver Tabla 4).

Al cruzar esta variable antecedente con la variable dependiente codependencia se observ3 en el grupo de mujeres sumisas que pr3cticamente la mitad eran casos de codependencia (47.8%), porcentaje mucho mayor que el de las mujeres no sumisas (10.0%) ($X^2 = 141.16$ (1) $p < .0001$). (Ver Tabla 4).

En el grupo de mujeres con antecedentes de p3rdidas afectivas tempranas no se encontraron diferencias significativas en el cruce con las variables relacionadas con problemas por el alcohol. Sin embargo, en lo que se refiere a situaciones de maltrato, m3s mujeres que hablan tenido p3rdidas afectivas reportaron tener una pareja maltratadora (86.7%), que las que no hablan sufrido este tipo de p3rdidas (68.4%) ($X^2 = 36.60$ (1) $p < .0001$). Asimismo, estas mujeres reportaron con mayor

frecuencia haber tenido una historia de maltrato emocional (35.5%), que las que no habían sufrido pérdidas tempranas (8.2%) ($X^2 = 69.43$ (1) $p < .0001$). (Ver Tabla 4).

Tabla 4: CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ANTECEDENTES, LAS VARIABLES INDEPENDIENTES RELACIONADAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL Y MALTRATO, Y CODEPENDENCIA

	Guiones de sumisión	
	Si	No
Pérdidas afectivas	70.4%**	59.2%
Padre con problemas por el alcohol	68.6%*	61.7%
Abuso y probable dependencia al alcohol de la pareja	51.2%***	38.8%
Pareja maltratadora	85.9%***	74.1%
Historia de maltrato emocional	32.7%***	19.7%
Codependencia	47.6%***	10.0%

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

	Pérdidas afectivas tempranas	
	Si	No
Pareja maltratadora	86.7%***	68.4%
Historia de maltrato emocional	35.5%***	8.2%
Codependencia	32.5%***	14.9%

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Al cruzar la variable antecedente pérdidas afectivas tempranas con la variable dependiente codependencia, se observó un porcentaje mayor de mujeres codependientes en aquellas que habían sufrido estas pérdidas (32.5%), en comparación con las que no (14.9%) ($X^2 = 27.22$ (1) $p < .0001$). (Ver Tabla 4).

b. Correlación entre las variables independientes y la variable dependiente

En cuanto al cruce entre las variables independientes asociadas con el alcohol, solamente se observó una asociación significativa. Las mujeres que tenían un padre con problemas por el consumo de alcohol, tenían en un porcentaje mayor, abuelos con este tipo de problemas (46.5%), en comparación con las mujeres con un padre sin problemas asociados con el alcohol (25.7%) ($X^2 = 28.78$ (1) gl $p < .0001$). (Ver Tabla 5).

Al cruzar la variable padre con problemas por el alcohol con las variables de maltrato, se observó que las mujeres cuyo padre había tenido estos problemas reportaron en forma un poco más frecuente una historia de maltrato emocional (26.9%), que las que tuvieron un padre sin problemas por el alcohol (20.8%) ($\chi^2 = 3.72$ (1)gl $p < = .05$). (Ver Tabla 5).

En cuanto a la codependencia, las mujeres con un padre con problemas por el alcohol mostraron ser más codependientes (28.6%), que aquellas con un padre sin estos problemas (22.1%) ($\chi^2 = 3.85$ (1)gl $p < = .05$). (Ver Tabla 5).

Tabla 5: CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES Y LA VARIABLE DEPENDIENTE

	Padre con problemas por el consumo de alcohol	
	Si	No
Abuelos con problemas por el consumo de alcohol	46.5%***	25.7%
Historia de maltrato emocional	26.9%*	20.8%
Codependencia	28.6%*	22.1%

* $p < = .05$ ** $p < = .01$ *** $p < = .001$

	Abuso y probable dependencia al alcohol de la pareja	
	Si	No
Pareja maltratadora	87.7%***	73.1%
Historia de maltrato emocional	29.5%**	21.2%
Codependencia	33.5%***	19.5%

* $p < = .05$ ** $p < = .01$ *** $p < = .001$

	Pareja maltratadora	
	Si	No
Historia de maltrato emocional	27.7%***	14.2%
Codependencia	30.6%***	9.1%

* $p < = .05$ ** $p < = .01$ *** $p < = .001$

	Historia de maltrato emocional	
	Si	No
Codependencia	42.7%***	20.7%

* $p < = .05$ ** $p < = .01$ *** $p < = .001$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la variable abuso y probable dependencia al alcohol de la pareja, se observó que las mujeres que respondieron positivamente a este problema reportaron en porcentaje mayor tener una pareja maltratadora (87.7%), que las que no tenían parejas con abuso y probable dependencia al alcohol (73.1%) ($X^2 = 26.37$ (1) gl $p < = .0001$). Este grupo también reportó con mayor frecuencia una historia de maltrato emocional (29.5%), que las mujeres cuya pareja no abusaba y mostraba probable dependencia al alcohol (21.2%) ($X^2 = 7.40$ (1) gl $p < = .01$). (Ver Tabla 5).

En este grupo de mujeres –con una pareja con problemas por el alcohol- se encontró un mayor número de casos de codependencia (33.5%), que en las mujeres con parejas sin estos problemas (19.5%). ($X^2 = 19.91$ (1) gl $p < = .0001$) (Ver Tabla 5).

Al cruzar la variable pareja maltratadora con la variable historia de maltrato emocional, fue posible constatar que las mujeres maltratadas por su pareja reportaron mayormente esta historia (27.7%), que las no maltratadas (14.2%) ($X^2 = 13.13$ (1) gl $p < = .001$). (Ver Tabla 5).

Las mujeres con una pareja maltratadora, también mostraron ser más codependientes (30.6%) que aquellas con parejas no maltratadoras (9.1%) ($X^2 = 31.27$ (1) gl $p < = .0001$). (Ver Tabla 5).

Finalmente, observamos que las mujeres que habían sufrido una historia de maltrato emocional eran significativamente más codependientes (42.7%) que las que no tenían esta historia (20.7%) ($X^2 = 36.68$ (1) gl $p < = .0001$). (Ver Tabla 5).

c. Comparación de la media y desviación estándar de codependencia en mujeres con diferentes factores de exposición.

A continuación, con la finalidad de analizar si la codependencia varía de acuerdo con el número de factores de exposición, se procedió a realizar un análisis de varianza de una entrada para calcular la media y la desviación estándar en las mujeres expuestas a uno o más de dichos factores.

Por medio de este análisis se pudo apreciar que para las mujeres que presentan cuatro o más factores acumulados (Media = 23, DS = 16), se incrementa notablemente el riesgo de presentar codependencia. Cabe recordar que el Instrumento de Codependencia (ICOD), presenta un punto de corte > 32, el cual coincide con un puntaje de presencia de entre cinco y seis factores. Es también de llamar la atención, la gran cantidad de mujeres que presentan entre cuatro y seis factores de exposición, así como el gradiente que se conforma con la acumulación de factores. Estos datos señalan una marcada diferencia con las mujeres que presentan únicamente de 0 a 3 factores de exposición. (Ver Tabla 6).

Tabla 6: MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE CODEPENDENCIA EN MUJERES CON DIFERENTES FACTORES DE EXPOSICIÓN ACUMULADOS

Número de factores de exposición acumulados	Número de mujeres	Media	Desviación estándar
0	14	4.2143	4.4069
1	41	10.0244	9.7455
2	87	12.8506	10.1747
3	201	16.4179	12.4376
4	181	23.1657	16.1502
5	151	29.2053	16.7453
6	123	39.2683	20.3099
Total	798	22.9566	17.7502

Para ilustrar las correlaciones previamente descritas, se elaboró un modelo de correlación entre las variables del modelo conceptual (Ver Modelo 3 en el Anexo 1). Este sirvió como base para elaborar la versión final del modelo conceptual de este estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Análisis exploratorio de interacción

Como la teoría sugiere una interacción entre las hipótesis 2 y 3 (Roehling, Koelbel y Rutgers, 1996), se procedió a realizar como alternativa un análisis exploratorio de las variables correspondientes, debido a que el tamaño de la muestra es demasiado pequeño para probar una interacción.

El análisis se llevó a cabo realizando una serie de interacciones multiplicativas con las variables que a continuación se describen, a través del siguiente proceso. Como primer paso se formó una nueva variable con cada una de las combinaciones que se presentan. Enseguida, por medio de una regresión logística, se probó cada combinación junto con la nueva variable correspondiente, para probar la posible modificación de efecto (Ver tablas 7, 8 y 9).

Tabla 7: ANÁLISIS DE INTERACCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

VARIABLES	OR	IC 95 %	P
Padre con problemas por el alcohol	2.223	1.113 - 4.439	<0.024
Abuso y prob. dep. al alcohol de la pareja	2.921	1.346 - 6.340	<0.007
Interacción	.655	.260 - 1.650	<0.370
Abuelos con problemas por el alcohol.	1.325	.691 - 2.541	<0.397
Abuso y prob. dep. al alcohol de la pareja	1.851	.996 - 3.438	<0.052
Interacción	1.191	.477 - 2.971	<0.708
Abuelos con problemas por el alcohol.	1.628	.699 - 3.790	<0.258
Padre con problemas por el alcohol	1.643	.875 - 3.086	<0.122
Interacción	.780	.287 - 2.123	<0.627

Tabla 8: ANÁLISIS DE INTERACCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON PROBLEMAS DE MALTRATO

VARIABLES	OR	IC 95 %	P
Historia de maltrato emocional	1.250	.140 - 11.156	<0.842
Maltrato físico, emocional y sexual de la pareja	3.399	1.573 - 7.342	<0.002
Interacción	2.175	.232 - 20.414	<0.496

Tabla 9: ANÁLISIS DE INTERACCIÓN ENTRE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL Y DE MALTRATO

GRUPO 1

VARIABLES	OR	IC 95 %	P
Historia de maltrato emocional	4.982	2.199 - 11.289	<0.001
Padre con problemas por el alcohol	2.041	1.174 - 3.549	<0.011
Interacción	.467	.174 - 1.261	<0.130

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRUPO 2

Padre con problemas por el alcohol	1,777	.349 - 9,047	<0,489
Maltrato físico, emocional y sexual de la pareja	4,449	1,012 - 19,564	<0,048
Interacción	964	.177 - 5,249	<0,966

GRUPO 3

Abuso y prob. dep. al alcohol de la pareja	1,646	1,001 - 2,708	<0,050
Historia de maltrato emocional	2,029	1,039 - 3,963	<0,038
Interacción	2,030	.796 - 5,178	<0,138

GRUPO 4

Abuso y prob. dep. al alcohol de la pareja	1,956	.434 - 8,814	<0,383
Maltrato físico, emocional y sexual de la pareja	4,436	1,701 - 11,569	<0,002
Interacción	937	.195 - 4,497	<0,936

Las variables analizadas no mostraron una modificación de efecto. En el Grupo 3 se observa una tendencia, que podría interpretarse como un posible incremento en el riesgo de padecer codependencia, para las mujeres que además de tener una pareja que abusa del consumo de alcohol tienen una historia familiar de maltrato. Debido a que la variable de interacción quedó en un valor limitrofe (OR = 2.030), en comparación con la variable Abuso y Probable Dependencia Alcohol Pareja (OR = 1.646) y la variable Historia de Maltrato Emocional (OR = 2.029), los resultados no son significativos.

5. Análisis multivariado

Para la construcción de los modelos multivariados se utilizó la regresión logística condicional mediante la técnica por pasos progresiva de Wald (Forward Stepwise). Para probar multicolinealidad se derivó la matriz de correlación para observar asociaciones > 0.60 y considerarlas altamente correlacionadas.

a) Construcción del Modelo 1

Primeramente se probaron las variables relacionadas con la hipótesis 2 que resultaron ser significativas en el análisis bivariado: "pareja que abusa del consumo de alcohol", "pareja con probable dependencia al alcohol", "padre con problemas por el alcohol" y "abuelos paternos y maternos con problemas por el alcohol". Esta última variable se formó sumando las variables que representan a

cada uno de los cuatro abuelos, dado que en el análisis bivariado unas arrojaron valores de p limítrofes y otras no.

Como resultado quedaron únicamente dentro del modelo las variables "pareja con probable dependencia al alcohol" y "padre con problemas por el alcohol" (Ver Modelo 1 en Resultados). Las variables "pareja que abusa del consumo de alcohol" y "abuelos con problemas por el alcohol" quedaron fuera del modelo.

b) Construcción del Modelo 2

Para probar la hipótesis 3, se analizó la asociación de codependencia con los siguientes factores: "maltrato físico de la pareja", maltrato emocional de la pareja", "maltrato sexual de la pareja", "maltrato físico de la madre", "historia de maltrato emocional" e "historia de maltrato sexual". Los resultados dejaron dentro del modelo la "historia de maltrato emocional", el "maltrato físico de la pareja" y "el maltrato sexual de la pareja" (Ver Modelo 2 en Resultados).

c) Construcción del Modelo 3

Con la finalidad de probar la hipótesis 4, en este modelo se incluyeron las variables antecedentes: "guiones de femineidad", "guiones de sumisión" y "pérdidas afectivas tempranas". La variable "hija primogénita no fue incluida debido a que en el análisis bivariado no resultó ser significativa. Una vez que se corrió el análisis quedó fuera del modelo la variable "guiones de femineidad" (Ver Modelo 3 en Resultados).

d) Construcción del Modelo 4

Este modelo fue construido con todas las variables sociodemográficas que obtuvieron un valor de p significativo en el análisis bivariado: "estado civil", "número de hijos", "mujer alfabetización", "mujer escolaridad", "mujer ocupación" y "escolaridad de la pareja". Con este análisis quedaron únicamente dentro del modelo las variables "mujer alfabetización" y "mujer escolaridad" (Ver Modelo 4 en Resultados).

e) Construcción del Modelo 5

Con el interés de conocer el comportamiento de todas las variables, se corrió una regresión logística con todas las variables que resultaron ser significativas en los modelos anteriores. Después de este análisis, únicamente quedaron incluidas en la ecuación las siguientes variables: "probable dependencia al alcohol de la pareja", "padre con problemas de alcohol", "maltrato físico de la pareja", "maltrato sexual de la pareja", "historia de maltrato emocional" y "guiones de sumisión". Fue así como quedaron eliminadas las variables "mujer escolaridad", "mujer alfabetización" y "pérdidas afectivas en la infancia" (Ver Modelo 5 en Resultados).

VII. RESULTADOS:

A. PREVALENCIA DE CODEPENDENCIA

Hipótesis 1: La prevalencia de codependencia en una población de mujeres que acuden a consulta médica general en un centro de salud del Distrito Federal es mayor al 10%.

$$Pg = \frac{\text{Total de casos de codependencia}}{\text{Total de mujeres estudiadas en la población}} \quad Pg = \frac{207}{845} = 0.2449$$

Los resultados obtenidos por medio de un análisis de frecuencias mostraron una prevalencia de codependencia del 25% en la población de estudio, datos que superan los esperados en la hipótesis # 1.

B. MODELOS MULTIVARIADOS

MODELO 1.

Hipótesis 2: Las mujeres con historia familiar de alcoholismo y/o con pareja que abusa del consumo de alcohol tienen un riesgo de presentar codependencia tres veces mayor que las mujeres sin estos antecedentes.

Variables	Codependencia					
	Análisis Crudo			Análisis Ajustado		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Pareja con probable dependencia al alcohol	4.829	3.238 - 7.201	<0.0001	4.705	2.640 - 8.385	<0.0001
Padre con problemas por el alcohol	1.413	1.000 - 1.998	<0.050	1.890	1.128 - 3.164	<0.016

VARIABLES probadas en el modelo: "pareja que abusa del consumo de alcohol", "pareja con probable dependencia al alcohol", "padre con problemas por el alcohol" y "abuelos paternos y maternos con problemas por el alcohol".

Este análisis muestra que las mujeres con una pareja con probable dependencia al alcohol tienen un riesgo 4.7 veces mayor de presentar codependencia que las mujeres sin este tipo de pareja. Asimismo, las mujeres con un padre con problemas por el alcohol, tienen un riesgo 1.9 veces mayor de desarrollar codependencia, que las mujeres cuyo padre no ha tenido este problema. Estos resultados permiten aceptar la hipótesis # 2 por lo que se refiere a la dependencia al alcohol de la pareja, más no para el abuso de alcohol de la pareja. En el caso de la historia familiar de alcoholismo, aunque el valor de la OR es significativo no alcanza a probar la hipótesis.

Para las mujeres con abuelos paternos y maternos con problemas por el alcohol, los resultados arrojaron un valor limitrofe ($p = <0.07$).

MODELO 2.

Hipótesis 3: Las mujeres con historia familiar de maltrato y/o con pareja maltratadora tienen un riesgo de presentar codependencia cuatro veces mayor a las mujeres sin estos antecedentes

Variables	Codependencia					
	Análisis Crudo			Análisis Ajustado		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Maltrato físico de la pareja	3.873	2.776 - 5.402	<0.0001	3.643	2.242 - 5.918	<0.0001
Maltrato sexual de la pareja	6.200	4.287 - 8.968	<0.0001	4.167	2.453 - 7.077	<0.0001
Historia de maltrato emocional	2.857	2.019 - 4.042	<0.0001	2.290	1.366 - 3.803	<0.0002

Variables probadas en el modelo: "maltrato físico de la pareja", "maltrato emocional de la pareja", "maltrato sexual de la pareja", "maltrato físico de la madre", "historia de maltrato emocional" e "historia de maltrato sexual".

Con este modelo se cumple la hipótesis # 3 al señalar que las mujeres que han sufrido maltrato sexual de la pareja, tienen un riesgo 4.2 veces mayor de presentar codependencia que las que no han vivido ese problema. Para las otras dos variables, aunque los resultados en ambos casos son significativos, las OR se encuentran en el límite para aceptar la hipótesis. Es así como las mujeres con una pareja que las ha maltratado físicamente presentaron un riesgo 3.6 veces mayor de presentar codependencia que las mujeres sin este tipo de pareja. Por lo que se refiere a la historia familiar de maltrato emocional, los resultados muestran que estas mujeres presentan un riesgo de presentar codependencia 2.3 veces mayor a las mujeres sin estos antecedentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MODELO 3.

Hipótesis 4: Las mujeres con guiones femeninos tradicionales negativos, con pérdidas afectivas tempranas y que son primogénitas tienen un riesgo de presentar codependencia dos veces mayor a las mujeres que no presentan estos factores.

Variables	Codependencia					
	Análisis Crudo			Análisis Ajustado		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Guiones de sumisión (negativos)	8.275	5.674 - 12.067	<0.0001	7.627	4.594 - 12.662	<0.0001
Pérdidas afectivas tempranas	2.749	1.863 - 4.054	<0.0001	2.571	1.487 - 4.444	<0.001

Variables probadas en el modelo: "guiones de femineidad", "guiones de sumisión" y "pérdidas afectivas tempranas".

Los resultados obtenidos con este modelo muestran que las mujeres con guiones femeninos tradicionales negativos, es decir con guiones de sumisión, presentan un riesgo 7.6 veces mayor de desarrollar codependencia que las mujeres que no siguen estos guiones. Por lo que se refiere a las mujeres con pérdidas afectivas en la infancia, éstas presentan un riesgo 2.6 veces mayor de presentar codependencia, que las mujeres que no sufrieron de dichas pérdidas.

Este modelo permite aceptar la hipótesis # 4, tanto por lo que se refiere a las mujeres con guiones femeninos tradicionales negativos, como por el lado de las mujeres que sufrieron pérdidas afectivas tempranas en su infancia; no así para aquellas que son hijas primogénitas, dado que esta variable quedó fuera del análisis crudo.

MODELO 4

Variables	Codependencia					
	Análisis Crudo			Análisis Ajustado		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
"Mujer alfabetización" (sabe leer y escribir)	4.691	1.999 - 11.010	<0.0001	3.706	1.363 - 10.081	<0.010
"Mujer escolaridad"	.564	.395 - .754	<0.0001	.544	.352 - .838	<0.006

Variables probadas en el modelo: "estado civil", "número de hijos", "sabe leer y escribir", "escolaridad", "ocupación" y "escolaridad de la pareja".

Los resultados obtenidos a través de este modelo permiten observar que las mujeres analfabetas presentan un riesgo 3.7 veces mayor de desarrollar codependencia que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las mujeres que sí saben leer y escribir. En este análisis la variable "escolaridad" se presenta como un factor protector para la codependencia.

MODELO 5

Variables	Codependencia					
	Análisis Crudo			Análisis Ajustado		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	P
Pareja con probable dependencia al alcohol	2 082	1 504 - 2 682	<0 001	3 032	1 491 - 6 167	<0 002
Padre con problemas por el alcohol	1 413	1 000 - 1 998	<0 050	2 372	1 281 - 4 394	<0 006
Maltrato físico de la pareja	4 408	2 524 - 7 699	<0 0001	2 892	1 618 - 5 169	<0 0001
Maltrato sexual de la pareja	6 200	4 287 - 8 968	<0 0001	3 138	1 621 - 6 077	<0 001
Historia de maltrato emocional	2 857	2 019 - 4 042	<0 0001	1 909	1 028 - 3 548	<0 041
Guiones de sumisión	8 275	5 674 - 12 067	<0 0001	6 983	3 939 - 12 379	<0 0001

Variables probadas en el modelo: "probable dependencia al alcohol de la pareja", "padre con problemas de alcohol", "maltrato físico de la pareja", "maltrato sexual de la pareja", "historia de maltrato emocional", "guiones de sumisión", "pérdidas afectivas tempranas", "mujer alfabetización" y "mujer escolaridad".

En este modelo es posible observar el efecto conjunto de las variables de todos los modelos cuando interactúan las unas con las otras. Es así como, al comparar los resultados de los modelos anteriores con éste, se observan los siguientes cambios: el riesgo de presentar codependencia para las mujeres con "probable dependencia al alcohol de la pareja", disminuyó de 4.7 a 3 y para aquellas con "padre con problemas por el alcohol", aumentó de 1.9 a 2.4. Para las mujeres con "maltrato físico de la pareja" el riesgo disminuyó de 3.6 a 2.9; en el "maltrato sexual de la pareja" cambió de 4.2 a 3.1 y en los casos de "historia de maltrato emocional" de 2.3 a 1.9. Por lo que se refiere a los guiones de sumisión, el riesgo también disminuyó de 7.6 a 7. En este último modelo quedaron fuera las variables "pérdidas afectivas", "mujer alfabetización" y "escolaridad".

C. MODELO CONCEPTUAL (VERSIÓN FINAL)

Tomando como base los resultados arrojados por los modelos multivariados, se procedió a elaborar una nueva versión del modelo conceptual (Ver Modelo 4 en el Anexo 1). En este modelo, para mostrar su temporalidad se colocaron las siguientes

variables como antecedentes: "padre con problemas por el alcohol", "historia de maltrato emocional" y "pérdidas afectivas tempranas", porque las tres anteceden en tiempo a la ocurrencia de las otras variables, sin embargo realmente todas son independientes porque se encuentran asociadas directamente con la variable dependiente codependencia.

En este esquema, la variable "guiones de sumisión" se cambió para formar parte de las variables independientes, junto con las variables "pareja con probable dependencia al alcohol", "maltrato físico de la pareja" y "maltrato sexual de la pareja", debido a que los guiones de vida también surgen como consecuencia de los antecedentes en la vida de cada persona.

Es importante hacer notar que en este nuevo modelo, las variables de maltrato ya no aparecen como variables intermedias, debido a que no se encontró ninguna interacción entre éstas y las variables relacionadas con problemas por el alcohol, y sí una asociación directa con la codependencia. En esta nueva versión del modelo conceptual, las flechas en rojo señalan las asociaciones encontradas como producto de este estudio.

VIII. DISCUSIÓN

La codependencia es un trastorno de salud mental que afecta mayormente a las mujeres. Se trata de un problema que se manifiesta en las relaciones y que se encuentra marcado por la desigualdad de poder con el sexo opuesto. Los resultados finales de este estudio arrojaron una mayor fuerza de la asociación de los siguientes factores con la codependencia: la "probable dependencia al alcohol de la pareja", el haber tenido un "padre con problemas por el alcohol", el "maltrato físico de la pareja", el "maltrato sexual de la pareja", el tener una "historia de maltrato emocional" y el sostener "guiones de sumisión" en la vida.

A pesar de que se trata de un constructo ampliamente denunciado por la literatura clínica y popular, carece de suficientes estudios empíricos que permitan conocer más a fondo el problema. En México, si bien se ha investigado la conducta de las esposas de alcohólicos, esto ha sido bajo la perspectiva de los estilos de afrontamiento (Natera y cols., 1988, 1994, 2001). Sin embargo la codependencia abarca una problemática que involucra aspectos cognitivos, emocionales y del desarrollo, que no es exclusiva de estas mujeres, sino que se encuentra asociada con otros factores que van más allá de los problemas relacionados con el alcohol.

Aunque al principio la codependencia era catalogada como el problema que sufren las mujeres relacionadas con una pareja alcohólica, el estudio del arte sobre el tema, así como esta investigación muestran que también se presenta asociada con otros factores tales como el maltrato de la pareja, una historia de violencia o de alcoholismo familiar, con pérdidas afectivas en la infancia y con guiones de vida por género caracterizados por actitudes de sumisión.

Esta investigación es un primer intento de desarrollar una línea científica que se ocupe de profundizar en este problema que resultó ser muy frecuente en las mujeres que acuden a un primer nivel de atención. Los resultados mostraron que una de cada cuatro mujeres padecen de codependencia, cifra alarmante dado que se trata de un problema que a la fecha todavía no se encuentra catalogado entre los trastornos mentales, a pesar de su diferencia en el diagnóstico con otras psicopatologías que pudieran aparecer como similares, como son el Trastorno de la Personalidad por Dependencia y el Trastorno por Evitación (Whitfield, 1990), o el Trastorno Límite de la Personalidad, el Trastorno por Estrés Postraumático (Cermak, 1986).

La prevalencia previamente citada rebasa la cifra esperada de un 10%, la cual fue estimada tomando como base los datos de la ENA (1998) acerca de la prevalencia de 9.9 del síndrome de dependencia al alcohol en varones, bajo el supuesto de que la codependencia podía presentarse principalmente en las esposas de los alcohólicos.

La codependencia representa un trastorno de extrema dependencia hacia la pareja, el cual ocasiona que la mujer se mantenga en una relación destructiva, a pesar de la presencia de situaciones de maltrato o explotación por parte de la pareja. Se caracteriza por la presencia de un mecanismo de defensa de negación; un incompleto desarrollo de la identidad, debido en muchos casos a una alteración en el desarrollo infantil porque la mujer tiene que afrontar responsabilidades de adulto en edades tempranas; una orientación rescatadora hacia los demás, que la lleva a ocuparse de los problemas de otros y descuidar los propios; y una represión emocional, producto de una actitud de fortaleza que la distingue del trastorno por dependencia, dado que en la codependencia, la mujer depende de la pareja de una manera activa, es decir hace más de lo que le corresponde, trabaja en exceso y resuelve los problemas de las otras personas, sin darse cuenta de lo que ella realmente siente y necesita.

Esta actitud simbiótica con la pareja, se comprende mejor desde la perspectiva del análisis transaccional como un intento de restablecer una psicodinámica de relación, es decir una transacción que a la mujer le resulta familiar desde su infancia y que la mantiene como un ser que para funcionar tiene que complementarse con otro, situación que da lugar a que desarrolle un guión de codependencia, marcado por actitudes de sumisión.

El análisis transaccional ofrece la posibilidad de comprender el desarrollo de dichos guiones de vida, a través de conocer los antecedentes históricos en las mujeres, mismos que les impiden establecer límites o separarse de una relación destructiva. Esta teoría también permite entender la evolución de la codependencia por medio de la formación de estados del yo en etapas tempranas del desarrollo infantil, los cuales aunque al principio cumplen una función de supervivencia, en el presente, cuando se activan, dan lugar a la repetición de pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas que favorecen el guión de codependencia.

La codependencia fue planteada en este estudio como un problema de relación, similar al "amor adictivo" (Norwood, 1985), que puede surgir de dos maneras distintas: como codependencia endógena, en los casos donde existe una historia de maltrato o de alcoholismo familiar, produciendo una psicopatología individual; o como una codependencia exógena, es decir como una reacción normal, cuando la mujer se encuentra expuesta a una prolongada convivencia con una persona enferma (Wright y Wright, 1991). Debido a las características propias de este estudio, en donde el objetivo principal fue analizar los factores asociados con la codependencia, esta diferenciación no fue explorada más de fondo, sin embargo se sugiere tomarla en cuenta para la práctica clínica y para futuros estudios con un diseño de corte experimental o analítico.

La Fase 1 de esta investigación tuvo por objetivo la construcción y validez del Instrumento de Codependencia ICOD (Noriega y Ramos, 2002). Los resultados de este estudio permiten afirmar que el ICOD es un instrumento de tamizaje aceptablemente válido y confiable para detectar probables casos de relación de pareja codependiente en mujeres mexicanas.

Lo anterior puede señalarse tomando en consideración lo reportado en otros estudios realizados en nuestro país con instrumentos de detección inicial relacionados con el problema del consumo de alcohol -como el *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (De la Fuente y Kershenovich, 1992)-, o con problemas de salud mental -como el Cuestionario General de Salud (CGS) (Romero Mendoza y Medina-Mora, 1987)-. En dichas investigaciones se observa que la sensibilidad y especificidad de los instrumentos varió de .71 a .80 y .71 a .89, respectivamente, habiéndose considerado por los autores como lo suficientemente adecuados para la detección temprana de bebedores que abusan excesivamente del alcohol en el primer caso, y de personas con enfermedades psiquiátricas no psicóticas, en el segundo.

Dada la sensibilidad del ICOD (76%) –y a pesar de que su especificidad es algo limitada (69.05%)-, es posible afirmar que es particularmente útil como una prueba filtro de codependencia en estudios epidemiológicos o para evaluaciones clínicas; sin embargo, requiere que se realicen sondeos posteriores a profundidad para confirmar la presencia de codependencia. Asimismo, dado que los resultados provienen de una muestra particular de mujeres, se sugiere volver a probar su validez de constructo y consistencia interna al utilizarse en otras poblaciones.

La estructura factorial del instrumento arrojó cuatro factores conceptualmente congruentes, y los reactivos presentaron una consistencia interna con un alpha de Cronbach de .9201. A nivel conceptual, el constructo mostró que, efectivamente, la codependencia hace referencia a un estilo de relación de pareja altamente abusivo, asociado con percepciones y conductas que reflejan una preocupación excesiva por las demandas de la pareja y una falta de auto-reconocimiento de las mujeres como personas independientes. A nivel operacional, los resultados mostraron que el instrumento es capaz de medir y diferenciar probables casos y no casos de codependencia frente a situaciones teóricamente asociadas con su presencia -como el abuso de alcohol y el maltrato físico por parte de la pareja.

Estos datos sirvieron de base para la elaboración de las hipótesis de este estudio, dónde se estudiaron los siguientes factores a profundidad: la historia familiar de alcoholismo, el tener una pareja que abusa del consumo de alcohol, la historia familiar de maltrato, tener una pareja maltratadora, los guiones femeninos tradicionales, las pérdidas afectivas en la infancia y el ser hija primogénita.

El factor de exposición generador de mayor riesgo de codependencia, fue uno que se consideró inicialmente como antecedente: los guiones femeninos de sumisión. Los resultados obtenidos en el análisis multivariado mostraron que las mujeres con guiones femeninos tradicionales negativos, tienen un riesgo 7.6 veces mayor de desarrollar codependencia, que aquellas mujeres sin esta programación. Asimismo, estos guiones fueron la variable que se correlacionó con prácticamente todos los

otros factores de riesgo, inclusive con las pérdidas en la infancia, por lo que representan un resultado extremadamente importante de considerar y que de alguna manera puede dar cuenta de la suposición de que la codependencia es un problema más "femenino" que "masculino" desde la perspectiva de los papeles de género tradicionales.

Dicho hallazgo cuestiona por tanto el supuesto de que "ser mujer" es per se un factor de riesgo para la codependencia. Por el contrario, es más bien el sostener un papel de cierto tipo el que pone en riesgo a la mujer de ser codependiente con la pareja: el papel de víctima, de sometimiento al otro, no el del vínculo relacional con el otro.

La discriminación de las mujeres por razón de género en asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares, es efectivamente un patrón sociocultural que requiere ser modificado, tal y como se ha planteado en congresos internacionales, entre otros la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Borjón López-Coterilla, 2000).

Dicha situación hace pensar en la necesidad de seguir transformando las relaciones entre los géneros, para lograr una equidad que se refleje en todos los ámbitos, públicos y privados, en lo social y en lo psíquico. Esto rompe con la idea de que el sufrimiento y el sometimiento de las mujeres es un patrón de vida cómodo y de alguna manera masoquista, en la medida en que los resultados muestran que los guiones de sumisión se asocian con historias de vida en donde el alcohol y la violencia han estado presentes, lo que desnaturaliza a esta sumisión muchas veces vista como una actitud "femenina".

Es así, como los resultados obtenidos a través del análisis de los guiones por género, pueden servir como una aportación adicional en el esclarecimiento de la controversia que existe entre algunos grupos feministas que consideran a la codependencia como un término despectivo para nombrar características propias de las mujeres. A través de esta investigación se pudo corroborar que efectivamente el

riesgo de enfermar aumenta en las mujeres cuando se encuentran sometidas en una relación producto de la desigualdad de poder entre los sexos. Sin embargo, las características propias de los guiones femeninos positivos, a través de sus manifestaciones afectivas, no mostraron asociación alguna con la codependencia, lo que significa que la codependencia no estigmatiza a las mujeres como algunos autores critican (Appel, 1991; Cowan, Bommerbach y Curtis, 1995; Granello y Beamish, 1998,), sino que más bien es un término que, bien utilizado, permite denunciar un problema que aún existe y que, por lo tanto, sigue afectando el desarrollo cotidiano y emocional de las mujeres.

Las mujeres que sufrieron pérdidas afectivas en su infancia, debido a la muerte prematura, abandono, separación o negligencia de alguno de sus padres, o descuido por la enfermedad crónica física o mental de algún familiar en su infancia, mostraron un riesgo 2.6 veces mayor de presentar codependencia que las mujeres que no vivieron este problema.

Cuando estas pérdidas ocurren, generalmente sucede una alteración en los roles que ocupa cada miembro de la familia, por lo que muchas veces es la hija mayor quien pasa a ocupar el lugar del padre ausente, con las consecuentes alteraciones en su desarrollo infantil. Sin embargo en este estudio la variable "hija primogénita", uno de los factores de exposición que se pretendía probar, no resultó ser significativa. Este resultado, permite considerar que cualquiera de los hijos, sin importar su orden en el nacimiento, puede sufrir de "alteraciones en el desarrollo infantil", cuando se encuentra expuesto a circunstancias que le exigen apurarse a crecer y adquirir responsabilidades prematuras en su infancia. Las mujeres que participaron en este estudio y que en la entrevista manifestaron haber vivido este tipo de situaciones, mostraron un riesgo 3.8 veces mayor de presentar codependencia que las mujeres con un desarrollo normal en su infancia, por lo que en el futuro se pretende analizar más a fondo el desarrollo de este problema.

Con base en los datos previamente descritos, la hipótesis # 4 quedó aceptada con más de lo esperado, debido a que estimaba encontrar un riesgo de presentar codependencia dos veces mayor en las mujeres con guiones femeninos tradicionales negativos y pérdidas afectivas tempranas.

Estos guiones de sumisión parecen ser una base fundamental para interactuar con otros factores e incrementar el riesgo de desarrollar codependencia en las mujeres; como se observó, las mujeres codependientes tienden a ir desarrollando mayores puntajes a partir de la presencia de cuatro o más de los factores investigados. Lo anterior da cuenta de que este problema tiene múltiples aspectos a investigar y no solamente se remite al tema del alcohol.

Tanto la literatura clínica como la popular (Woititz, 1998; Kritsberg, 1985), han denunciado que el tener una historia familiar de alcoholismo predispone a las personas para desarrollar codependencia. Los datos obtenidos ($OR = 1.9$) en este estudio coinciden con dicha afirmación, más no alcanzan para aceptar uno de los planteamientos de la hipótesis # 2, en donde se habla estimado un riesgo tres veces mayor para las mujeres con historia familiar de alcoholismo. Lo encontrado, hace referencia principalmente a la historia de alcoholismo del padre, pero muestra solamente un riesgo dos veces mayor, lo cual desmitifica de alguna manera la idea de que los hijos de alcohólicos, en este caso específico las hijas, tienen una especie de "destino inexorable": relacionarse en forma codependiente con una pareja.

Es interesante también subrayar que 76.8% de las mujeres con padre con problemas por el alcohol, también tenían abuelos con el mismo problema, a pesar de que las variables de los abuelos, no resultaron ser significativas en el análisis multivariado. Esto se pudo deber a un sesgo de memoria por parte de las mujeres entrevistadas y a que los cuestionarios utilizados no fueron suficientes para profundizar más sobre el problema. Sin embargo los datos sugieren la necesidad de continuar investigando la posible transmisión generacional de la codependencia en las familias con problemas de alcoholismo, utilizando un método e instrumentos más especializados.

Es muy interesante dar cuenta que más que la historia de alcoholismo, que pudiera producir una codependencia endógena, la de tipo exógeno, mostró ser un factor de riesgo más importante en estas mujeres. Aquellas que reportaron tener una pareja con probable dependencia al alcohol mostraron un riesgo 4.7 veces mayor de presentar codependencia, que aquellas cuya pareja no presentó este problema. Estos datos sí permitieron aceptar la hipótesis # 2, pero exclusivamente para los casos de mujeres cuya pareja presenta serios problemas de alcoholismo, más no para quienes su pareja presenta sólo abuso de alcohol. Resulta interesante ver como estos datos coinciden con el tipo de parejas que describen los miembros de los grupos de Alanón (1981), donde tanto la literatura como sus programas se encuentran enfocados a resolver el problema que resulta de convivir con una persona alcohólica

Las mujeres con una historia familiar de maltrato emocional mostraron un riesgo 2.6 veces mayor de presentar codependencia, que aquellas que no sufrieron de maltrato en su infancia. Al analizar este factor, también se encontró una marcada correlación entre la historia familiar de maltrato emocional y las siguientes variables: padre con problemas por el alcohol, pareja que abusa del consumo de alcohol y pareja maltratadora. Pareciera así, que existe una vulnerabilidad mayor a relacionarse con una pareja con problemas de alcohol o de violencia cuando se ha experimentado alguna forma de intimidación o devaluación en edades tempranas.

Es importante hacer notar que tanto la historia familiar de maltrato físico, como la de maltrato sexual quedaron fuera de los modelos multivariados, a pesar de haber presentado valores significativos en el análisis bivariado. Esto permite explicar la relación que existe entre los tres tipos de maltrato, donde el maltrato emocional siempre se encuentra presente y por lo tanto adquiere un gran peso. En un futuro se sugiere continuar investigando los efectos del maltrato emocional sobre las mujeres, debido a que este tipo de maltrato se puede presentar solo o aunado a otros, sin

dejar huella física alguna, pero si una profunda herida emocional, además de que muchas veces se le considera como normal dentro de nuestra sociedad.

A pesar del valor significativo que arrojó la variable "historia de maltrato emocional", no alcanzó a cubrir el riesgo cuatro veces mayor que se había estimado para la hipótesis # 3. en el primer estudio. Esto pudo deberse a la diferencia entre ambos estudios en el muestreo de la población, en este, en comparación con la Fase 1, se llevó a cabo un procedimiento más riguroso de selección de la muestra, con la finalidad de poder contar con suficientes casos de codependencia para el análisis.

Por lo que se refiere a las mujeres con una pareja que las maltrata, tanto el maltrato sexual (OR=4.2), como el maltrato físico (OR=3.6), mostraron un riesgo mayor de presentar codependencia. El maltrato emocional no resultó ser significativo en el análisis multivariado, ésta omisión explica la menor vulnerabilidad de un adulto en comparación con un niño por lo que se refiere al maltrato emocional. Sin embargo habría que profundizar más en otros estudios utilizando un cuestionario más a fondo, dado que la literatura sobre el tema, utilizando métodos cualitativos de investigación, reporta severos daños emocionales en las mujeres expuestas (Chang, 1996).

En el caso de maltrato sexual por parte de la pareja, se cumple la hipótesis # 3, estimada en un riesgo cuatro veces mayor, al tiempo que el maltrato físico apareció con un valor límite. Sin embargo ambos factores, al igual que el anterior resultaron ser significativos.

Cabe resaltar como el riesgo de presentar codependencia es similar tanto en las mujeres con pareja con probable dependencia al alcohol, como con las que tienen una pareja maltratadora. Al inicio de este estudio, dicha situación llevó a pensar que una historia familiar de maltrato, o el maltrato de la pareja, podrían potencializar la codependencia en las mujeres con problemas de alcoholismo familiar o de la pareja, dado que es frecuente que el maltrato se presente aunado a situaciones de alcoholismo. Sin embargo el análisis de interacción no arrojó un efecto mayor sobre

la codependencia, ante la presencia de dichas variables combinadas. Esta situación sirvió para modificar el modelo conceptual original donde las variables de maltrato aparecían como variables intermedias y así colocarlas como variables independientes en el modelo final de este estudio (Ver Modelo 4, en el Anexo 1).

Al analizar las variables sociodemográficas para descartarlas como posibles factores confusores en la codependencia, únicamente la variable "mujer alfabetización", es decir, cuando la mujer no sabe leer y escribir, mostró un riesgo 3.7 veces mayor de presentar codependencia. La variable "escolaridad", es decir el haber cursado la secundaria completa o más, quedó en el análisis como un factor protector (.544). Este dato confirma el hecho de que una educación deficiente produce mayor vulnerabilidad hacia el abuso de las mujeres, además de sugerir que el nivel de educación es un factor importante en la prevención de la codependencia.

En el modelo 5, donde se puede apreciar el efecto conjunto de todas las variables previamente analizadas en los otros modelos, quedaron como variables significativas: "probable dependencia al alcohol de la pareja", "padre con problemas por el alcohol", "maltrato físico y sexual de la pareja", historia de maltrato emocional" y "guiones de sumisión". La única variable que quedó fuera en este análisis es la que se refiere a las pérdidas afectivas. Este efecto es congruente tanto clínica como conceptualmente porque muestra a la codependencia como un problema multidimensional que va más allá de la problemática de alcohol de la pareja y de la familia.

Como no se han encontrado antecedentes de estudios epidemiológicos de codependencia en México, este estudio cuenta con algunas limitaciones propias de incursionar por primera vez en un tema, a la vez que propone una serie de consideraciones y sugerencias para futuros estudios.

Una limitación fue el no contar con un instrumento de medición más preciso para analizar la historia familiar de alcoholismo, debido a que los indicadores utilizados

solo permitieron analizar de una manera muy básica las frecuencias de consumo de los familiares, tomando como base los recuerdos de las mujeres entrevistadas, mismos que pudieran estar afectados por un sesgo de memoria.

La dificultad de no contar con un criterio de diagnóstico unificado para el problema de codependencia, dentro de la clasificación que hace la APA (1995) de los trastornos mentales, fue también una limitación. Una vez que la codependencia quede clasificada, habrá la posibilidad de ampliar más las investigaciones y comparar su prevalencia como se ha hecho con los Trastornos de Personalidad (Paés, F., Rodríguez, R., Pérez, V., Colmenares, E., Coello, F., Apiquian, R., Dickinson, ME., Ponce, R., y Nicolini, H. (1997).

Con la finalidad de contribuir en la investigación del problema de diagnóstico diferencial en la codependencia, se sugiere realizar estudios de validez externa, comparando los resultados obtenidos por el ICOD, con la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999), particularmente por lo que se refiere al Trastorno de la Personalidad por Dependencia.

También se sugiere ampliar este estudio agregando una muestra de población masculina, para poder analizar comparativamente la manera como la codependencia se manifiesta entre los hombres, dado que se trata de un problema que ocurre en la relación entre dos personas.

Aunque esta investigación refleja resultados significativos, será necesario repetirla con otras poblaciones, con la finalidad de generalizar los resultados en el Distrito Federal y en México en general, para después poder compararlas con los resultados obtenidos en otros países.

Otras sugerencias adicionales son el ampliar este estudio para analizar la comorbilidad con otras entidades de diagnóstico que pueden presentar factores en

común tales como la baja autoestima y la depresión, así como analizar la relación que pueda existir entre la codependencia y los trastornos somatomorfos.

Un tema de interés para estudios subsecuentes será también el investigar la presencia de codependencia en otro tipo de relaciones familiares, sociales y de trabajo.

Para futuras investigaciones sobre el tema habrá que profundizar en México sobre los efectos destructivos de la cultura en las mujeres, dado que el maltrato emocional o psicológico hacia ellas, así como la codependencia tienden a ser considerados como algo normal, tanto por la familia, como por la sociedad y por las mismas mujeres.

IX. CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo fue investigar la prevalencia de codependencia en una muestra de mujeres mexicanas y describir los factores asociados con la presencia de este problema. Para cumplir con dicho objetivo el estudio fue dividido en dos fases: 1) Construcción y validación del Instrumento de Codependencia (ICOD) para mujeres mexicanas y 2) Estudio de prevalencia y factores asociados a la codependencia en una muestra de mujeres mexicanas.

La Fase 1, a su vez fue dividida en tres estudios: 1) Validez de constructo, 2) Validez de criterio externo y 3) Análisis complementario en mujeres con pareja que abusa del consumo de alcohol y que ha sido víctima de maltrato físico por parte de la pareja alguna vez en la vida. Como resultado del primer estudio el ICOD arrojó cuatro factores que explicaron el 50.8% de la varianza y fueron congruentes con las cuatro dimensiones conceptuales propuestas en la definición de codependencia que se tomó como base para la construcción del instrumento: mecanismo de negación ($\text{Alpha} = .8707$), desarrollo incompleto de la identidad ($\text{Alpha} = .7804$), represión emocional ($\text{Alpha} = .7094$) y orientación rescatadora hacia los demás ($\text{Alpha} =$

.7134). Al evaluar la consistencia interna global del ICOD el instrumento arrojó un Alpha Total de Cronbach de .9201, así como valores alpha elevados en los cuatro factores, resaltando como el mejor el primero de éstos.

El segundo estudio del ICOD tuvo por objetivo determinar la capacidad del instrumento para discriminar entre casos y no casos de codependencia y definir un punto de corte para esta diferencia. Los resultados obtenidos al analizar la confiabilidad entre jueces arrojaron un valor Kappa aceptable de 0.8409. También se calcularon curvas Roc, para determinar el punto de corte óptimo del instrumento, según el criterio del Juez A (.7071) y el Juez B (.6909), arrojando resultados muy similares en ambos jueces. Por lo que se refiere a los resultados de las pruebas de sensibilidad (76.00%) y especificidad (69.05%) del instrumento, como ya se mencionó anteriormente aunque la sensibilidad del instrumento es aceptable, dada su limitada especificidad se requiere realizar sondeos posteriores a profundidad con otras poblaciones de mujeres. El punto de corte obtenido fue ≥ 32 , lo cual significa que un puntaje de 32 o más en el cuestionario, puede ser considerado como probable caso de codependencia.

En el tercer estudio, al probar la capacidad del ICOD para diferenciar la presencia o ausencia de codependencia en mujeres con y sin pareja que abusa del consumo de alcohol (37%) y en mujeres con parejas que las han maltratado físicamente o no alguna vez en la vida (29%), en ambos casos las participantes obtuvieron porcentajes significativamente superiores según el punto de corte del ICOD.

El ICOD permite detectar únicamente los casos considerados como extremos, dejando como no casos aquellos que culturalmente pudieran identificarse como una "codependencia positiva" propia de la manera en que las mujeres han sido socializadas: como personas preocupadas de la conexión afectiva.

Respecto a este último punto, el instrumento permite distinguir a mujeres que pueden asumir un papel de género tradicional, principalmente asociado con el cuidado de los

otros (Lagarde, 1990), sin presentar un alto estrés asociado o un autodescuido importante, de aquellas que se encuentran determinadas en muchos aspectos por el papel central que juega la pareja en sus vidas.

Los profesionistas de la salud mental interesados en continuar investigando el problema de la codependencia, podrán utilizar este instrumento en futuros estudios. Asimismo, el instrumento puede ser muy útil en instituciones de salud para detectar de manera oportuna a mujeres con una relación de pareja codependiente. Esto permitiría canalizarlas a un tratamiento apropiado y así prevenir la ocurrencia de problemas de salud mental más severos.

Por lo que se refiere a la Fase 2 de esta investigación, los objetivos fueron los siguientes:

1) Investigar la prevalencia de codependencia en mujeres que acuden a consulta de primer nivel en un Centro de Salud del Distrito Federal. Los resultados rebasaron por mucho la prevalencia esperada de un 10%, al obtenerse una prevalencia de 25% en la población, cifra alarmante que sugiere la urgente necesidad de enfocar con mayor atención la investigación de este problema de salud mental en las mujeres.

2) Investigar la asociación entre la historia familiar de alcoholismo y tener una pareja que abusa del consumo de alcohol. En este caso, con el análisis de correlación únicamente se observó una asociación significativa: las mujeres con un padre con problemas por el consumo de alcohol, tenían un porcentaje mayor de abuelos con este problema (46.5%), en comparación con las mujeres cuyo padre no presentaba problemas relacionados con el alcohol (25.7%). No se encontró asociación alguna entre las variables de historia familiar de alcoholismo y las variables de abuso o probable dependencia al alcohol de la pareja. Sin embargo las mujeres con este tipo de pareja sí reportaron con mayor frecuencia una historia de maltrato emocional (29.5%), que las mujeres cuya pareja no tenía problemas con el consumo de alcohol (21.2%).

3. Investigar la asociación entre la historia de familiar de maltrato y tener una pareja maltratadora. Por medio del análisis de correlación fue posible observar que las mujeres con una pareja maltratadora, reportaron con mayor frecuencia una historia de maltrato emocional (27.7%), que las no maltratadas (14.2%). Estos datos, así como los anteriores, sugieren profundizar más en los efectos del maltrato emocional en las mujeres, dado que se trata de un tipo de maltrato que no deja huella física, pero si emocional, además de que muchas veces es considerado como algo normal en la familia y en la sociedad.

4. Investigar si los guiones femeninos tradicionales negativos, las pérdidas afectivas tempranas y el ser la hija primogénita en la familia de origen se relacionan con la presencia de codependencia. Siguiendo este objetivo se encontró una fuerza de asociación significativa de las variables "guiones femeninos tradicionales negativos" (de sumisión) (OR = 7.6) y "pérdidas afectivas" (OR = 2.6), en este caso ambos resultados permitieron aceptar la hipótesis esperada (OR = 2). Es de llamar la atención el resultado que obtuvieron las mujeres codependientes con guiones de sumisión, resaltando la asociación que existe entre el concepto de género y la codependencia, como uno más de los malestares que afectan la salud de las mujeres, consecuencia de una cultura que sigue favoreciendo la desigualdad de poder entre los sexos. Por lo que se refiere a las pérdidas afectivas, como se esperaba este factor también determina la vulnerabilidad emocional de las mujeres para permanecer unidas en una relación destructiva. El factor hija primogénita no resulto ser significativo en este estudio, por lo que se considera que cualquier mujer, de manera independiente a el orden que ocupa desde su nacimiento en la familia, es susceptible de desarrollar codependencia ante la presencia de los otros factores mencionados.

5. Investigar si la historia familiar de alcoholismo y/o tener una pareja que abusa del consumo de alcohol se relaciona con la presencia de codependencia. Los resultados del análisis multivariado indicaron una fuerza de asociación significativa en las mujeres codependientes con pareja con probable dependencia al alcohol (OR = 4.7),

más no para las mujeres cuya pareja abusa del consumo de alcohol. Por lo que se refiere a la historia familiar de alcoholismo, los resultados también fueron significativos para las mujeres con padre con problemas por el alcohol (OR = 1.9), aunque no permitieron probar la hipótesis esperada. Estos datos son interesantes dado que permiten comprobar el paradigma clásico de la codependencia que se refiere a la predisposición de las mujeres para desarrollar este problema cuando tienen una pareja con severos problemas por el alcohol, y/o presentan antecedentes de historia familiar de alcoholismo.

6. Investigar si la historia familiar de maltrato y/o tener una pareja maltratadora se relaciona con la presencia de codependencia. En este caso, la fuerza de asociación fue significativa para las variables maltrato sexual de la pareja (OR = 4.2), maltrato físico de la pareja (OR = 3.6) e historia de maltrato emocional (OR = 2.3), aunque solo el primer caso permitió aprobar la hipótesis esperada. Estos resultados permiten denunciar la fuerte asociación que existe entre la codependencia y el maltrato hacia las mujeres, además de sugerir que este problema va mucho más allá de la problemática de alcohol de la familia y la pareja; así como también resaltar la importancia de continuar profundizando en la investigación de las posibles consecuencias del maltrato emocional.

Esta investigación ha permitido reafirmar la necesidad de continuar en México profundizando sobre el estudio de la codependencia, así como de colaborar con organismos de otros países que se encuentran realizando investigaciones sobre este tema.

Si bien el término codependencia, sugiere la relación con una persona dependiente a sustancias, también se refiere en sí misma a una relación de dependencia con otra persona, se trata de una palabra que permite nombrar a una problemática que se encuentra en proceso de ser reconocida, con este término o con algún otro, como un trastorno de salud mental.

Por tratarse de un tema complejo que abarca varias situaciones que afectan a las mujeres en el desarrollo pleno de su individualidad, es necesario profundizar en la investigación sobre la codependencia en mujeres latinoamericanas. Esto tendría como meta el hacer visible un problema que puede haber estado negado tanto por las propias mujeres como por la sociedad en su conjunto.

Por lo anterior, sería conveniente profundizar en aquellos casos de codependencia que no se asocian con los problemas de pareja mencionados y que pueden estar relacionados con otros factores. En este sentido, pueden considerarse otras variables factibles de producir efectos de prolongado estrés en las mujeres, tales como antecedentes de situaciones de extrema tensión emocional en la familia de origen, o el problema del abuso de poder por parte de la pareja y su impacto emocional en las mujeres.

Este estudio tuvo como finalidad el contribuir al conocimiento científico de la problemática que representa la codependencia para las mujeres, conociendo sus dimensiones y los factores asociados con este problema. La autora espera haber podido despertar el interés de la comunidad científica sobre este tema y poder así poner en práctica los resultados de este estudio en campañas de prevención y tratamiento de la codependencia.

BIBLIOGRAFÍA

Adler, A. (1927). *Understanding Human Nature*. Nueva York: Greenberg.

Al-Anón (1981). *Grupos de familia Al-Anón*. México, D.F. Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anón. A.C.

Allen, J y Allen B. (2000). Violence: Early Childhood, Family, and Context. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 30(2).

Amodeo, M. y Griffin, M. (1997). Parental alcoholism and other family disruptions: Adult Outcome Among Sisters. *American Orthopsychiatric Association*. Vol. 67., No. 4: 585-593.

Anderson, S.C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*. Nov, Vol. 39, No. 6, pp. 677-685.

APA. American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM – IV (1ª. ed. español). Barcelona: Masson.

Appel, Ch. (1991). "Co-Dependency" - A critical appraisal of social and cultural aspects from a feminist perspective. Trabajo presentado en el "Symposium on alcohol, family and significant others". Helsinki, Marzo 4 - 8, 1991. Frankfurt/Main: Germany.

Arnstein, H. (1983). *Hermanos y Hermanas*. Barcelona: Ediciones Juan Granica.

Babcock, M. & McKay, C. (1995). *Collected codependency challenges. Challenging codependency: feminist critiques*. Toronto: University of Toronto Press.

Bader, E. (1991). Couples issues for the adult child of the alcoholic. En B.R. Loria (Ed), *The Stamford Papers from the 20th Annual ITAA Conference* (pp. 297-302). Madison: Omnipress.

Beattie, M. (1991). *Ya no seas codependiente*. México: Editorial Patria.

Beattie, M. (1992). *Más allá de la codependencia*. México: Promesa.

Beattie, M. (2000). *El lenguaje del adiós*. México: Promesa.

Belliveau, J.M. y Stoppard, J.M. (1995). Parental alcohol abuse and gender as predictors of psychopathology in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 20/5: 619-625. University of New Brunswick, Fredericton, Canada.

Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press.

Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*, New York. Grove Press.

Berne, E. (1964). *Games people play*. EUA: Ballantine Books.

Berne, E. (1975). *Hacer el amor*. Argentina: Alfa.

Berne, E. (1974) *¿Qué dice usted después de decir Hola?*. Barcelona: Grijalbo

Bird, H.P. (1996). *The relationship between co-dependence and borderline personality disorder*. DAI, Vol. 57, No. 5, pp. 3444.

Black, C. (1981). *Children of alcoholics as youngsters-adolescents-adults. It will never happen to me*. New York: Ballantine Books.

Bonino, L. (1998). Desconstruyendo la "normalidad" masculina. Apuntes para una "psicopatología de género masculino. <http://www.menprofeminist.org>

Borjón López-Coterilla, I. (2000). *Mujer víctima, mujer victimaria. El caso de la violencia doméstica*. México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Bowlby, J. (1986). *Vinculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.

Bowlby, J. (1990). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Bradshaw, J. (1995). *Family Secrets*. New York. Bantam Books.

Bradshaw, J. (1988). *Healing the shame that binds you*. Health Communications: Florida.

Brown, S. (1996). Adult children of alcoholics: an expanded framework for assessment and diagnosis (41-77). In Abbott, S. (Ed). *Children of alcoholics: selected readings*. Rockville: NaCoca

Burín, M., Moncars, E. y Velazquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.

Caraveo, J., Colmenares, E., Saldivar, G. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41, 177-188.

Carson, A.T. & Baker, R. (1994). Psychological Correlates of Codependency in Women. *The International Journal of the Addictions*. 29(3): 395-407.

Celani, D. (1995). *The illusion of love: Why the battered woman returns to her abuser*. Columbia University Press. New York, USA.

Cernak, T.L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependency. A guide for professionals who work with chemical dependents, Their spouses and childrens*. Minneapolis: Johnson Institute.

Cervantes Muñoz, C., Ramos Lira, L; Saltijeral, M.T. (2001). Prevalencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. En proceso de dictaminación para ser publicado por el Programa de Investigación de Estudios de la Mujer del Colegio de México.

Chang, V.N. (1996). *I Just Lost Myself. Psychological Abuse of Women in Marriage*. EUA: Praeger Publishers.

Charder, F.B. (1994). *Evaluating the codependency construct: applying the millon clinical multi-axial inventory-II and the Spann-Fischer codependency scale to individuals in group treatment self-identified as codependent*. DAI, Vol. 56, No. 10, pp. 5760.

Cherpitel, Ch. y Borges, G. (2000). performance of Screening Instruments for Alcohol Problems in the ER: A Comparison of Mexican-Americans and Mexicans in Mexico. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*. Vol. 26 (4): 683-702.

Cieply, L.K. (1995). *Construct validity of Cernak's codependent personality disorder, utilizing a nomological net*. DAI. Vol. 56, No. 7, pp. 4056.

Clarkson, P. (1992). *Transactional Analysis Psychotherapy*. Tavistock/Routledge: London.

Clarkson, P. (1993). *On Psychotherapy*. Jason Aronson Inc: London.

Conway, A. y Clarkson, P. (1987). Everyday hypnotic inductions. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 7., No. 2 : 17-23.

Cowan, G., Bommersbach, M. y Curtis, Sh. (1995). Codependency, Loss of Self and Power. *Psychology of Women Quarterly*. Vol. 19: 221.236.

Crawford, P.; Hueppelsheuser, M.; Darren, G. (1998). *Sexual Addiction and Compulsivity*. Vol. 3 (4): 289 – 312.

Cullen, J. Y Carr, A. (1999). Codependency: An Empirical Study From a Systemic Perspective. *Contemporary Family Therapy*, Vol. 21., No. 4: 505-526.

Dennerstein, L.; Atsbury, J; Morse, C. (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women's health*. World Health Organization. Geneve.

De Barbieri García, T (2000). Derechos sexuales y reproductivos: encrucijadas en tiempos distintos. *Revista Mexicana de Sociología*. No. 1, Vol. 62. Instituto de investigaciones Sociales. México.

De la Fuente, J.R., Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Rev. Fac. Med. UNAM*. Vol. 35 No. 2. Abril-Junio.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A. (1995). *World Mental Health Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Press. New York.

DIF. Sistema Nacional Para el Desarrollo de la Familia. (1997). *La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*. México.

Dutton, D.G. y Painter, S.L. (1981). Traumatic bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*. Vol. 6: 139-155.

Encuesta Nacional de Adicciones (1998). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones. Secretaría de Salud.

English, F. (1969). Episcrypt and the "Hot Potato" Game. *Transactional Analysis Bulletin*, 8 (32): 77-82

Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. W.W. Norton. Nueva York.

Erskine, R.G. & Trautmann, R.L. (1993). *The process of Integrative Psychotherapy*. The Boardwalk Papers (B.B- Loria, Ed.)

Erskine, R.G. (1994). Shame and Self-Righteousness: Transactional Analysis Perspective in Clinical Interventions. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 24., No. 2: 86-102.

Federn, P. (1984). *Ego Psychology and the Psychosis*. Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1952).

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM - IV, SCID - II*. Masson. American Psychiatric Press. Washington.

Fisher, J.L. y Crawford, D.W. (1992). Codependency and parenting styles. *Journal of Adolescent Research*. Vol. 7: 352-363.

Fisher, J.L., Spann, L. y Crawford, D.W. (1991) Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 8: 87-100.

Flores-Ortiz, I. (1993). La mujer y la violencia: A culturally based model for the understanding and treatment of domestic violence in Chicana/Latina communities. E: N. Alarcón et al. (Eds.) *Chicana Critical Issues*. Berkeley, Third Woman Press, pp. 169-182.

Frank, P.B. & Golden, G.K. (1992). Blaming by naming: battered women and the epidemic of codependence. *Social Work*, Vol. 37, No. 1, pp. 5-6.

Freud, A. (1992). *El yo y los mecanismos de defensa*. Piados. México.

Freud, S. (1985). Estudios sobre la histeria. Obras completas, (trad.) J. Luis Etcheverry. Amorrortu, 1976, Argentina.

Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Obras completas, (trad.) J. Luis Etcheverry. Amorrortu, 1976, Argentina.

Freud, S. (1925). *El yo y el ello y otras obras*. Obras completas, (trad) J. Luis Etcheverry. Amorrortu, 1976, Argentina.

Friel, J.C. (1985). Codependence assessment inventory: A preliminary research tool. *Focus on Family and Chemical Dependency*, Vol. 8: 20-21.

Freixa I., Sanfeliu, F. (2000). La reconsideración de las experiencias adversas de los que conviven con un alcohólico/a como recurso psicoterapéutico: Un hito para asumir la codependencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 25 (3): 235-241.

Fuller, J. & Warner, R. (2000). Family Stressors as Predictors of Codependency. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*. 126(1): 5-22.

Galván-Reyes, J., Ortiz-Cactro, A., González Uribe, L. (1997). El Sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un auxiliar diagnóstico en la evaluación de la farmacodependencia. *Salud Pública de México*, 39, 61-68.

García - de la Torre, G.S., Huerta - Alvarado, S.G. (1998). Consideraciones metodológicas y análisis simple de los estudios transversales. *Boletín Médico Hospital Infantil México*. Vol. 55, No. 6.

Gemin, J. (1997). Manufacturing codependency: self-help as discursive formation. *Critical Studies in Mass Communication*, Vol. 14, No. 3, pp. 249-266.

Gibson, J. & Donigian, J. (1993). Use of Bowen theory. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, Vol. 14, No. 1, pp. 25-35.

Gilligan, C. (1982). *In a different Voice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Gilligan, J. (1996). *Violence. Reflections on a National Epidemic*. New York: Vintage Books.

Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., Walker, G. (1990). Love and Violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments. *Family Process*. Vol. 29 (4).

Gotham, H. y Sher, L. (1996). Do Codependent Traits Involce More than Basic Dimensions of Personality and Psychopatology? *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 57 (1): 34-39.

Goulding, M. & Goulding, R. (1979). *Changing Lives Through Redecision Therapy*. Brunner/Mazel: New York.

Graham, D.L.R. (1994). *Loving to Survive*. Sexual Terror, Men's Violence, and Women's Lives. New York: New York University Press.

Granello, D.H. & Beamish, P. M. (1998). Reconceptualizing Codependency in Women: A Sense of Connectedness, not pathology. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 20 (4): 344 - 354.

Gravits, H. & Bowden, J. (1985). *Recovery: a guide for adult children of alcoholics*. Simon & Schuster.

Greenleaf, J. (1981). *Co-alcoholic, para-alcoholic: who's who and what's the difference?* Denver: MAC Publications.

Gregory, L (2001). Gender Scripting as a Factor in Domestic Violence. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 31, No. 2.

Hall, C.W., Bolen, L.M. & Webster, R.E. (1994). Adjustment issues with adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 50, No. 5, pp. 786-792.

Harkness, D. (2001). Testing Cermak's hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family or origin with offspring codependency? *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 33., No. 1: 75-82.

Harper, J. & Capdevila, C. (1990). Codependency: a critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 22, No. 3, pp. 285-292.

Havey, J.M., Boswell, D.L. & Romans, J.S. (1995). The relationship of self-perception and stress in adult children of alcoholics and their peers. *J Drug Educ*. Vol. 25, No. 1, pp. 23-29.

Hennekens CH, Buring JE. (1987). *Epidemiology in medicine*. Ed. Little Brown and Company. Boston Toronto.

Hyams, H. (1994). Shame: The Enemy Within. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 24, No. 4: 255-264.

Hinkin, CH., Kahn, MW. (1995). Psychological symptomatology in Spouses and Adult Children of Alcoholics: An Examination of the Hypothesized Personality Characteristics of Codependency. *The International Journal of the Addictions*, 30(7): 843-861.

Hosmer, D.W. (2000). *Applied Logistic Regresión*. John Wiley & Sons. New York.

Inclán, J. Y Hernández, M. (1992). Cross-Cultural Perspectives and Codependence: The Case of Poor Hispanics. *American Orthopsychiatric Association*. Vol. 62., No. 2: 245-255.

Infante, C., Schlaepfer, L., Abreu, LF. (2000). *Compilación bibliográfica para la asignatura de tronco común: Metodología de la investigación. Programa de Maestrías y Doctorados en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.*

Jackson, J. (1954). *The adjustment of the family to the crisis of alcoholism*. New York: National Council on Alcoholism.

Jackson, J.V. (1994). *The experience of co-dependency*. The Union Institute. DAI, Vol. 54, No. 9.

James, M. (1976). *Nacidos para triunfar*. México: Fondo Educativo Interamericano. Addison-Wesley Iberoamericana.

James, M. (1977). The down-scripting of women for 115 generations: a historic kaleidoscope. En *Techniques in Transactional Analysis for Psychotherapists and Counselors*. Muriel James and Contributors: 497-506.

James, M. (1981). *Breaking Free. Self Reparenting for a New Life*. Addison Wesley. EUA.

James, J. (1984). Grandparents and the Family Script Parade. *Transactional Analysis Journal*, vol. 14, No. 1: 18-28.

James, M. (1985). *It's Never Too Late To Be Happy*. Addison Wesley. EUA.

James, M. y Savary, L. (1977). *A New Self. Self Therapy with Transactional Analysis*. California: Addison-Wesley.

Jellinek, EM. (1960). *The disease concept of alcoholism*. NJ: Hillhouse Press, Highland Park.

Johann, S.E. (1994). *Domestic abusers. Terrorists in our homes*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

Jones, DJ., y Zalewski, C. (1994). Shame and depresión proneness among female adult children of alcoholics. *International Journal of Addictions*. Vol. 29 (12): 1601-1609.

Karpman, S.B. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transactional Analysis Bulletin*. Vol. 7, No. 26: 39-43.

- Kasl, Ch. (2000). *Mujeres, sexo y adicción*. México: Ed. Ariadne.
- Klein, M. (1988). *Envidia y Gratitud*. Paidós: España.
- Kleinbaum DG, Kupper LL & Morgenstern H. (1982). *Epidemiologic research: principles and quantitative methods in observational epidemiology*. Belmont, CA: Lifetime Learning Publications.
- Kristberg, W. (1985). *The adult children of alcoholics syndrome*. New York: Bantam Books.
- Kovacs, G.L., Sarnyai, Z., Szabo, G. Oxytocin and addiction: a review. *Psychoneuroendocrinology*. Vol. 23., No. 8: 945-962.
- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Colección Posgrado.
- Lamas, M. (1996). *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Porrúa. México.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1987). *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor, S.A.: Barcelona.
- Lara Cantú, M.A. (1993). *Inventario de Masculinidad-Femineidad IMAFE*. México: Manual Moderno
- Le Poire, B.A. (1992). Does the Codependent Encourage Substance Dependent Behavior? Paradoxical Injunctions in the Codependent Relationship. *The International Journal of the Addictions*. Vol. 27., No. 12: 1465-1474.
- Lorber, J. (1997). *Gender and the social construction of illness*. Sage Publications. California.
- Lozano, R. (1997). El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos. En: Frenk, J. (Ed.) *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas*. FUNSALUD, México.

Loughead, T. Spurlock, V.L. y Ting, Y. (1998). Diagnostic indicators of codependence: An investigation using the MCMI-II. *Journal of Mental Counseling*. Vol. 20: 64-76.

Lyon, D. & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: helping out Mr.Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 61, No. 3, pp. 435-439.

Mahler, M., Pine, F., y Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books. New York.

Martin, A.L. (1992). Codependency: DSM-III-R personality disorder or popular descriptive term. Tesis de Doctorado. Universidad de Toledo. *Dissertation Abstracts Internatinal*. Vol. 2., No. 8. Febrero.

Martin, E.D. & Sher K.J. (1994). Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five- factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 55, No. 1, pp. 81-90.

McGrath, C., Watson, A. & Chassin, L. (1999). Academic achievement in adolescent children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 60, No. 1, pp. 18.

Medina-Mora, ME. (1988). Espacios y estrategias del alcohol. *En Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fundación de Investigaciones Sociales. México, D.F.

Medina-Mora, ME., Mariño, MC., López, E. (1993). Situación epidemiológica en el hemisferio: México y Centroamérica. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (Ed). *Las adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario*. Pp. 128-134.

Meyer, D.F. (1997). Codependency as Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 53., No. 2: 107-116.

Meyer, D., y Russel, R. (1998). Caretaking, separation from parents and the development of eating disorders. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 76, No. 2: 166-168.

Miller, K. (1994). The co-dependency concept: does it offer a solution for the spouses of alcoholics? *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 11.

Moiso, C. (1985). Ego States and Transference. *Transactional Analysis Journal*, Vol. 15, No. 3.:194-201.

Morgan, J.P. (1991). What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 47, No. 5, pp. 720-729.

Mueller, T. (1996). New study finds codependent traits not unique to children of alcoholics. *Studies on Alcohol*, No. 57, pp. 34-39.

Muller, T. (1996). New study finds codependent traits not unique to children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 57: 34-39.

Natera, G. (1994). Estado actual del abuso de drogas en México. En: J. Anicama (Ed.), *Drogas, Violencia y Ecología. Memoria VI Seminario Internacional. 25 al 27 de Mayo de 1994. Lima-Perú*. pp. 78-91. Lima, Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.

Natera, G., Herrejón, ME., y Rojas, E. (1988). Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos. *Salud Mental*, 11(1), 13-18.

Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, ME., Solís, L. y Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17-25.

Noriega, G. y Said, E. (1983). Some Mexican Cultural Scripts. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 13, No.4: 241-242.

Noriega, G. y Ramos, L. (2002). Construcción y validación del Instrumento de Codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*. Vol 25, No. 2.

Norwood, R. (1985). *Women who love too much*. Los Angeles:Tarcher

Novellino, M. (1990). Unconscious Communication and Interpretation in Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*, Vol. 20, No. 3: 168-172.

Novey, T. (1999). The effectiveness of Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 29., No. 1: 18-30.

Numberg, H. y Federns, E. (compiladores). (1979). *Las reuniones de los miércoles. Acta de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Tomo 1: 1906-1908. Buenos Aires: Nueva Visión.

O'Brien, P.D. & Gaborit, M. (1992). Codependency: a disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 48, No. 1, pp. 129-136.

Olson, M. & Ganiti, P. (1993). Symbolic loss in horizontal relating: defining the role of parentification in addictive/destructive relationships. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, Vol. 15, No. 3, pp. 197-208.

Ortega, L., Lartigue, T., Figueroa, M.E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatal Reprod Hum*. Vol. 15., No. 1.

Paés, F., Rodríguez, R., Pérez, V., Colmenares, E., Coello, F., Apiquian, R., Dickinson, ME., Ponce, R., y Nicolini, H. (1997). (1997). Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. *Salud Mental V*, 20, 19-23.

Paz, O. (1959). *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Peele, S. y Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York: Signet

Penfield, W. y Roberts, L. (1959). *Speech and Brain Mechanisms*. New Jersey: Princeton University Press.

Pollack, D.L. (1992). *A study of developmental precursors to codependency and cross-generational correlations of psychological functioning in mothers and adult daughters*. California School of Professional Psychology. DAI, Vol. 53. No. 5.

Potter-Efron, LA. y Potter-Efron, P.S. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 6: 37-57.

Prest, L.A., Benson, M.J. & Protinsky, H.O. (1998). Family or origin and current relationship influences on codependency. *Family Process*. Vol. 37, No. 4: 513-528.

Ramírez Rodríguez, J.C., Patiño Guerra, M.C. (1997). Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *Salud Mental*, 20 (2): 5-16

Ramos-Lira, L. (1998). Algunas aportaciones para la comprensión de la mujer maltratada por su pareja y los efectos en su salud mental. (En prensa como capítulo del libro sobre el *Primer seminario de intervención en casos de violencia doméstica*). México, D.F.: El Colegio de México.

Ramos Lira, L., Saltijeral - Méndez, MT., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, MA., Martínez Vélez, NA. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*. No. 3., Vol. 43.

Ravelo, P. (1995). Género y salud femenina. En: S. González (Comp.) *Las mujeres y la salud*. El Colegio de México, México, D.F.

Rice, J.S. (1992). Discursive formation, life stories, and the emergence of co-dependency: "power/knowledge" and the search of identity. *Sociological-quarterly*, Vol. 33, No. 3, pp. 337-364.

Rivera, E. (1992). Poder, privilegio y penuria: reflexiones en torno a la masculinidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 26(1), 1-17.

Rodiles, J. (2001). Codependencia: Relaciones que matan. Entrevista con el Dr. José Antonio Elizondo. *Revista Liberaddictus*, No. 47. Febrero. México, D.F.

Roehling, P.V. y Gaumont, E. (1996). Reliability and validity of the codependent questionnaire. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 14., No. 1: 85-95.

Roeling, P.V., Koelbel, N. & Rutgers, C. (1996). Codependence and construct disorder: feminine versus masculine coping responses to abusive parenting practices. *Sex Roles: A Journal of Research*. Vol. 35 (9): 603 - 616.

Romero Mendoza, M. Y Medina-Mora, ME. (1987). Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar sicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 10 (3): 90-97.

Russo, N. & Green, B.L. (1993). Women and mental health. En F.L. Denmark y M.A. Paludi (Eds.) *Psychology of women. A handbook of issues and theories*. Connecticut: Greenwood Press.

Sarnyai, Z., y Kovacs, G.L. (1994). Role of oxytocin in the neuroadaptation to drugs of abuse. *Psychoneuroendocrinology*. Vol. 19., No. 1: 85-117.

Schaef, A.W. (1986). *Codependence: Misdiagnosed-mistreated*. San Francisco: Harper and Row.

Schiff, J.L. (1975). *Cathexis Reader*. EUA: Harper & Row Publishers.

Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Laurence Erlbaum Associates: New Jersey.

Schuckit, M.A., Tipp, J.E. & Kelner, E. (1994). Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol. 20, No. 2: 237-245

Scott, T. (1995). Secret to serenity: understanding codependency. *Vibrant Life*, Vol. 11, No. 1, pp. 20.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and dead*. San Francisco: W.H. Freeman.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*. Vol. 50: 965-974.

Simons, R.L., Lin, K.H., Gordon, L.C., Conger, R.D., Lorenz, F. (1999). Explaining the higher incidence of adjustment problems among children of divorce compared with those in two-parent families. *Journal of Marriage & the Family*. Vol. 61., No. 4: 1020-1033.

Soukup, J. (1995). *Understanding and living with people who are mentally ill: Techniques to deal with mental illness in the family*. EUA: Charles C. Thomas, Publisher.

Spann, L. y Fisher, J.L. (1990). Identifying codependency. *The Counselor*. Vol. 8: 27.

Spitz, R. (1985). *Una teoría genética de campo sobre la formación del yo: sus implicaciones en la patología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Springer, C.A., Britt, T.W. y Schelenker, B.R. (1998). Codependency: Clarifying the construct. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 2: 141-158.

Stata Corporation: Stata Reference Manual. (1985-2001) Release 7. College Station, Texas. Stata Press.

Steiner, C. (1980). *Libretos en que participamos*. Ed. Diana: México.

Stevens, E.P. (1973). Machismo y Marianismo. *Society* Vol. 10: 57-63.

Stringham, G. (1993). *Characteristics of spouses of alcoholics: codependency and pathology*. Brigham Young University. DAI, Vol. 54, No. 2.

Teicher, M. (2002). *Scars that Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse*. Scientific American. Vol 286, No. 3.

Transeau, G. & Eliot, J. (1990). Individuation and adult children of alcoholics. *Psychological Report*, Vol. 67, No. 1, pp. 137-43.

Turner, R.A., Altemus, M., Enos, T., Cooper, B. y McGuinness, T. (1999). Preliminary Research on Plasma Oxytocin in Normal Cycling Women: Investigating Emotion and Interpersonal Distress. *Psychiatry*. Vol. 62: 97-113.

Ulmann, A.D. & Orenstein, A. (1994). Why some children of alcoholics become alcoholics: emulation of the drinker. *Adolescence: Spring*, 29 (113): 1-11.

Van-Wormer, K. (1989). Codependency: implications for women and therapy. *Women and Therapy*, Vol. 8, No. 4, pp. 51-63.

Viorst, J. (1987). *Necessary Losses*. Ballantine Books.

Walfish, S., Stenmark, D.E., Shealy, S.E. y Krone, A.M. (1992). MMPI profiles of women in codependency treatment. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 58: 211-214.

Wegscheider-Cruse, S. (1981). *Another chance. Hope and health for the alcoholic family*. Palo Alto: Science and Behavior Book.

Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Harper & Row.

Weiss, L., y Weiss, J. (1989). *Recovery from Codependency*. USA: Health Communications.

Williams, E., Bissell, L. y Sullivan E. (1991). The effects of co-dependence on physicians and nurses. *British Journal of Addiction*. Vol. 86: 37-42.

Whitfield, C. (1991). *Co-dependence. Healing the human condition. A new paradigm for helping professionals and people in recovery*. USA: Health Communications.

Woititz, J.G. (1998). *Hijos Adultos de Padres Alcohólicos*. Editorial Diana. México.

Woollams, S. Y Brown, M. (1978). *Transactional Analysis*. Huron Valley Institute Press.: Dexter, MI.

WHO. World Health Organization (1981) *Social dimensions of mental health*. Geneva, 5.

Wright, P.H. (1985). The acquaintance description form. En Duck y D. Perlman (Eds.) *Understanding personal relationships: An interdisciplinary approach* (pp. 39.62). London: Sage.

Wright, P.H. & Wright, K.D., (1990). Measuring Codependents' Close Relationships: A Preliminary Study. *Journal of Substance Abuse*. Vol. 2: 335-344.

Wright, P.H. & Wright, K.D., (1991). Codependency: Addictive love, adjustive relating, or both? *Contemporary Family Therapy*, 13: 435-454.

Wright, P.H. & Wright, K.D., (1995). Codependency: Personality syndrome or relational process? En S. Duck y J.T. Woods (Eds.). *Confronting relationship challenges* (pp. 109-128). Thousand Oaks, CA: Sage.

Wright, P.H. & Wright, K.D., (1999). The two faces of Codependent Relating: A Research-based perspective. *Contemporary Family Therapy*, 21(4):527-543.

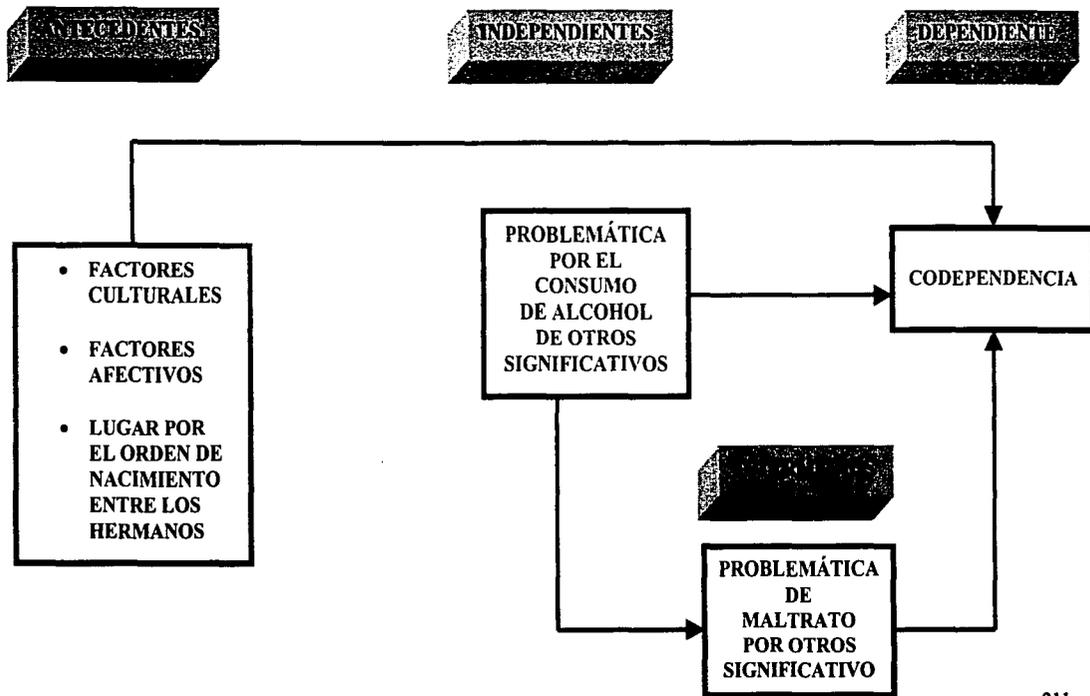
Wright, S.S. (1992). *Codependency: an exploratory study examining the impact of family dynamics experienced during childhood on behavior in adulthood*. University of South Carolina. DAI, Vol. 53, No. 11.

Zetterling, U.M. (1999). Relatives of alcoholics: studies of hardship, behaviour, symptomatology and methods of intervention. Tesis de doctorado. Dissertation Abstracts International. Vol. 60, No. 3.

ANEXO 1

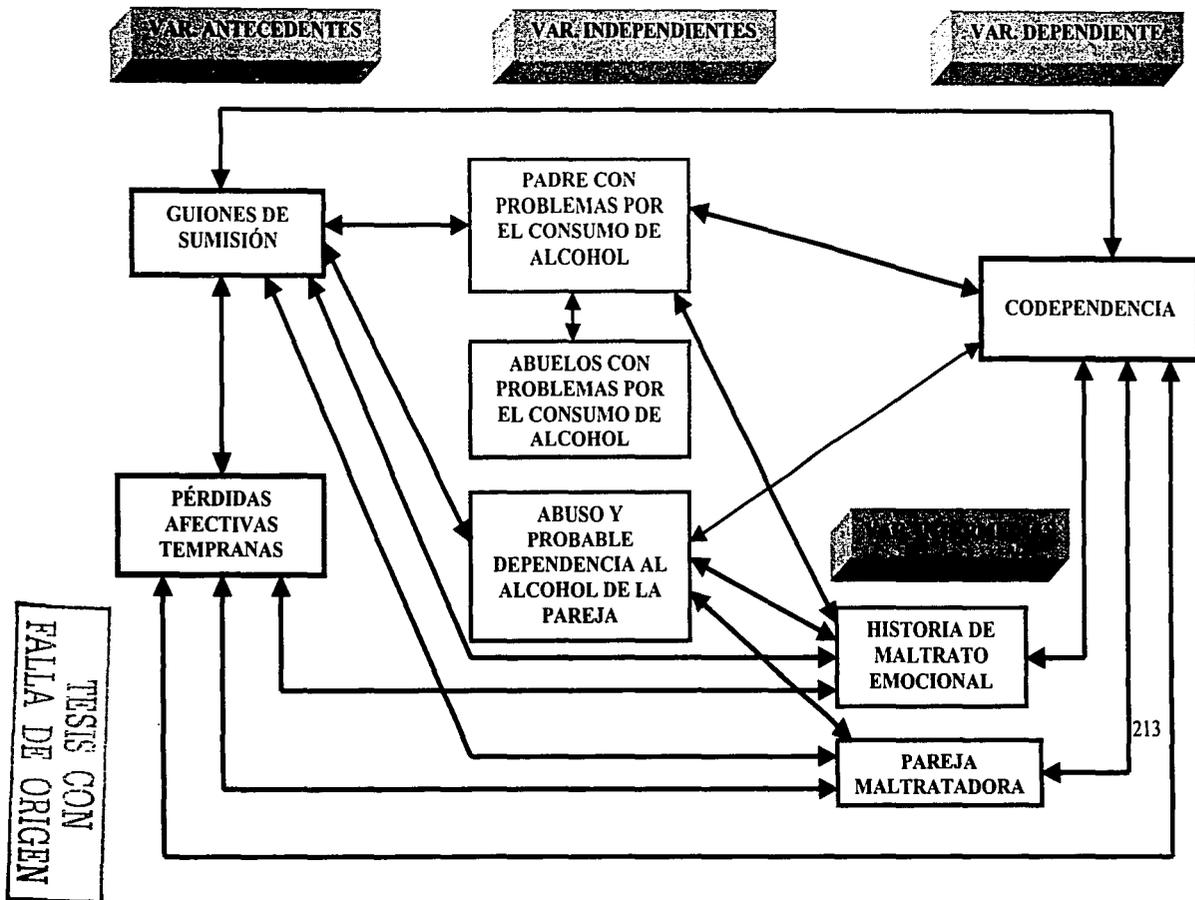
Componentes y Variables del Modelo Conceptual

Modelo 1: COMPONENTES DEL MODELO CONCEPTUAL

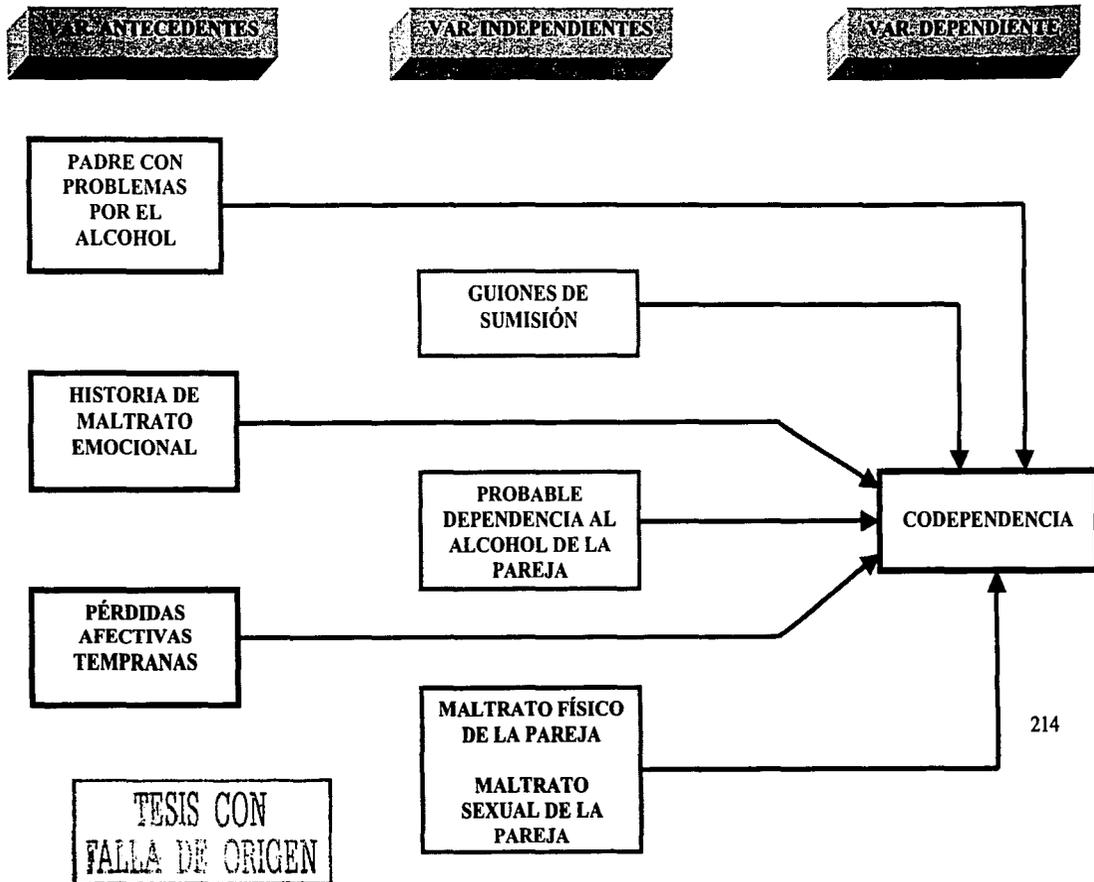


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Modelo 3: CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL MODELO CONCEPTUAL



Modelo 4: VARIABLES DEL MODELO CONCEPTUAL (Versión final)



ANEXO 2

Encuesta “Cuestionario para Mujeres”

CUESTIONARIO PARA MUJERES
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

Fecha: Día Mes Año

--	--	--	--

Buenos días (tardes):

Mi nombre es..... Estamos realizando una investigación en este centro de salud para conocer las experiencias que han vivido algunas mujeres, en particular en cuanto a su relación de pareja. Queremos saber si usted quisiera comentarnos acerca de estas experiencias, ya que pueden estar relacionadas con su salud. Se trata de un estudio anónimo y confidencial, es decir que no le preguntaremos su nombre y los datos que se obtengan servirán únicamente para analizar las respuestas globales sobre las situaciones de pareja que viven las mujeres. Su participación consistirá solamente en responder al siguiente cuestionario ¿desea hacerlo?

Acepto participar en un estudio para investigar las situaciones que viven las mujeres. Entiendo que se trata de un proyecto a cargo de la Mtra. Gloria Noriega Gayol y que la información que yo proporcione será manejada de manera confidencial. Un resumen escrito de los resultados estará disponible para mí, si así lo solicito, a la terminación del estudio. Estoy consciente que mi colaboración será muy valiosa para el desarrollo de la investigación en México.

Firma

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA INFORMANTE:

DM1 ¿Qué edad tiene usted?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años cumplidos
DM2 ¿Cuál es su estado civil?	Casada..... 1 Unión libre..... 2
DM3 ¿Cuántos años tiene de casada o de vivir con su actual pareja?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
DM4 ¿Cuántos hijos tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/> Número
DM5 Sabe usted leer y escribir?	Si..... 1 No..... 2
DM6 ¿Qué estudios ha realizado?	Nunca fui a la escuela.....01 Primaria incompleta.....02 Primaria completa.....03 Secundaria incompleta.....04 Secundaria completa.....05 Preparatoria incompleta.....06 Preparatoria completa.....07 Carrera técnica.....08 Licenciatura/posgrado.....09 Otros:.....10
DM7 ¿Qué ocupación tiene usted? <i>MARQUE TODAS LAS QUE LE INDIQUE</i>	Hogar..... 1 Empleo eventual..... 2 Empleo fijo..... 3 ¿Qué hace?..... 4
DM8 Podría decirme por favor los ingresos mensuales que tiene su familia. (<i>SALARIO MÍNIMO D.F. \$1,210.50</i>).	Menos de un salario mínimo..... 1 Un salario mínimo..... 2 Dos salarios mínimos..... 3 Entre 3 y 5 salarios mínimos..... 4 Entre 6 y 9 salarios mínimos..... 5 Diez o más salarios mínimos..... 6

II ANTECEDENTES CON LOS HIJOS POR PARTE DE LA INFORMANTE

Ahora le voy a preguntar acerca de la relación con sus hijos. **SI NO TIENE HIJOS PASE A LA PREGUNTA PA1**

M1 En general, ¿Cómo se lleva con sus hijos?	Bien.....	1
	Regular.....	2
	Mal.....	3

Las mamás tienen que hacerse cargo todos los días del cuidado y disciplina de sus hijos y a veces esto es muy cansado. Por eso quisiera saber ¿Cuándo alguno de sus hijos se porta mal o no la obedece, cómo los disciplina usted? **SI NO TIENE HIJOS PASE A LA PREGUNTA PA1**

	SI	No	A veces
M2 Le explica lo que está mal	1	2	3
M3 Lo castiga (no le deja hacer algo que le gusta, o no lo deja salir)	1	2	3
M4 Lo regaña, le grita para que entienda	1	2	3
M5 Le dice de groserías, lo insulta o reniega de él/ella	1	2	3
M6 Le da una nalgada o pellizco	1	2	3
M7 Le pega fuerte, con algún objeto en las nalgas, o le da alguna cachetada o palada	1	2	3
M8 Lo encierra	1	2	3
M9 Otra cosa (especificar): _____	1	2	3

III. LUGAR QUE OCUPA LA MUJER POR EL ORDEN DE NACIMIENTO ENTRE LOS HERMANOS

LN1 ¿Cuántos hermanos y hermanastros son en su familia? (inclúyase a usted misma)	<input type="text"/>	Número
LN2 ¿Es usted la hija mayor entre las mujeres en su familia?	Si.....1 No.....2	
LN3 ¿Cuál es el número que le corresponde en el orden de nacimiento entre sus hermanos o hermanastros? (ejs. 1 la primera, 2 la segunda, 3 la tercera, etc.	<input type="text"/>	Lugar

IV. PROBLEMAS EN EL DESARROLLO INFANTIL

PD1 ¿Cuándo usted era niña tenía a su cargo responsabilidades que correspondían más bien a las de un adulto? (ejs: cuidar de los hermanos, cuidar de sus papás, trabajar siendo niña, cocinar para la familia).	Si.....1 No.....2
PD2 ¿Cree usted que dejó de ser niña muy rápido para convertirse en un adulto?	Si.....1 No.....2
PD3 ¿Sentía usted de niña que debía de proteger a uno de sus padres y ayudarlo a resolver sus problemas?	Si.....1 No.....2
PD4 ¿Cuándo usted era niña su mamá o su papá se desahogaba con usted contándole sus problemas?	Si.....1 No.....2
PD5 ¿Sentía usted de niña que alguno de sus padres necesitaba de su ayuda para resolver sus problemas? MARQUE TODAS LAS QUE LE INDIQUE	Madre.....1 Padre.....2 Ninguno.....3

V. PÉRDIDAS AFECTIVAS EN LA INFANCIA	
Ahora le voy a preguntar acerca de su infancia y de su familia	
PA1 ¿Falleció alguno de sus padres cuando usted era niña? <i>SI RESPONDE NINGUNO, PASE A PA3</i>	Madre.....1 Padre.....2 Ninguno.....3
PA2 ¿Qué edad tenía cuando pasó?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
PA3 ¿Falleció alguno de sus hermanos cuando usted era niña? <i>SI RESPONDE NINGUNO, PASE A PA6</i>	Si.....1 No.....2
PA4 ¿Qué edad tenía cuando pasó?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
PA5 ¿Qué edad tenía su hermano(a) cuando pasó?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
PA6 ¿Sus padres se separaron o divorciaron cuando usted era niña?	Si.....1 No.....2
PA7 ¿Qué edad tenía cuando pasó?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
PA8 ¿Alguno de sus padres se fue de la casa cuando usted era niña? <i>SI RESPONDE NINGUNO, PASE A PA11</i>	Si.....1 No.....2
PA9 ¿Qué edad tenía cuando pasó?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
PA10 Si usted vivió separada de alguno de sus padres ya sea por muerte, separación o abandono, ¿con quién vivió usted de niña? (si es necesario conteste más de una opción). <i>SI ESTO NO LE SUCEDIÓ PASAR A LA PREGUNTA PA8.</i>	Solo con mi madre.....1 Solo con mi padre.....2 Con mi madre y padrastro.....3 Con mi padre y madrastra.....4 Con mi abuelo.....5 Con mi abuela.....6 Con uno de mis hermanos.....7 Con un tío.....8 Otro, especifique:.....9
PA11 ¿Se sentía ignorada por alguno de sus padres cuando era niña?	Si.....1 No.....2
PA12 ¿Cuándo usted era niña, alguno(s) de sus familiares, con quien usted convivía diariamente, se encontraba discapacitado por alguna enfermedad física o mental? (Ej.: parálisis, retraso mental, esquizofrenia). <i>SI RESPONDE NO, PASE A MA1</i>	Si.....1 No.....2
PA13 ¿Qué familiar? <i>MARQUE TODAS LAS QUE LE INDIQUE</i>	Papá......01 Mamá......02 Padrastro......03 Madrastra......04 Abuelo paterno......05 Abuela paterna......06 Abuelo materno......07 Abuela materna......08 Hermano/a......09 Otro, especifique:.....10

VI. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LA INFORMANTE:	
Ahora quisiera preguntarle sobre su manera de beber.	
MA1 ¿Usted acostumbra a beber alcohol de vez en cuando? <i>SI RESPONDE NO, PASE A HA1</i>	Si.....1 No.....2
MA2 ¿Cuántas copas aguanta tomar en una ocasión?	<input type="text"/> Número de copas
MA3 ¿En ocasiones se toma una copa en la mañana para animarse?	Si.....1 No.....2
MA4 ¿Algún miembro de su familia le ha dicho cosas que Ud. hizo o dijo cuando estaba tomada, que no puede recordar?	Si.....1 No.....2
MA5 ¿Sus amigos o familiares se han preocupado o se han quejado por su forma de beber?	Si.....1 No.....2
MA6 ¿Ha sentido la necesidad de dejar de tomar?	Si.....1 No.....2

VII. HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO					
Cuándo era usted niña ¿Qué tan frecuentemente ingerían bebidas alcohólicas sus familiares? A continuación se los voy a ir nombrando uno por uno. No importa si no conoció a sus abuelos, puede responder con lo que otras personas le han platicado de ellos. <i>SI NO TUVO PADRASTRO O MADRASTRA, HERMANO O HERMANA ANOTE "0" EN LA OPCIÓN QUE DICE NUNCA. FAVOR DE MARCAR CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A CADA FAMILIAR.</i>					
¿Qué tan frecuentemente consumía bebidas alcohólicas su:	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Diario	No sé
HA1 Papá	0	1	2	3	4
HA2 Mamá	0	1	2	3	4
HA3 Padrastro	0	1	2	3	4
HA4 Madrastra	0	1	2	3	4
HA5 Abuelo paterno	0	1	2	3	4
HA6 Abuela paterna	0	1	2	3	4
HA7 Abuelo materno	0	1	2	3	4
HA8 Abuela materna	0	1	2	3	4
HA9 Hermano (el que más consumía)	0	1	2	3	4
HA10 Hermana	0	1	2	3	4
HA11 Otro, especifique: _____	0	1	2	3	4

HA35 ¿Alguno de estos familiares fue o sigue siendo alcohólico?	Si.....1
	No.....2
Ha36 ¿Quién/es?	

VIII Depresión (CES-D)

Las siguientes preguntas se relacionan con sus sentimientos hacia diferentes situaciones. Le voy a leer una lista de descripciones de cómo algunas personas se comportan o se sienten en algunas ocasiones. ¿Me puede hacer el favor de decirme con qué frecuencia se ha sentido o comportado de esta manera el último mes que pasó? Le voy a pedir que me indique su respuesta.

	Nunca o casi nunca	Ocasionalmente	Casi siempre o todo el tiempo
CESD1 Le molestaron muchas cosa que generalmente no le molestan	1	2	3
CESD2 No tenía hambre o no tenía apetito	1	2	3
CESD3 Se sentía tan desanimada que ni su familia ni sus amigos le podían aliviar	1	2	3
CESD4 Se sintió tan buena persona como los demás	3	2	3
CESD5 Tenía problemas prestando atención a lo que estaba haciendo	1	2	3
CESD6 Se sentía deprimida	1	2	3
CESD7 Sintió que todo lo que hacia le costaba esfuerzo	1	2	3
CESD8 Se sintió con esperanza acerca del futuro	3	2	3
CESD9 Pensó que su vida había sido un fracaso	1	2	3
CESD10 Sintió miedo	1	2	3
CESD11 Su sueño era inquieto (dormía inquieta)	1	2	3
CESD12 Usted estaba feliz	3	2	3
CESD13 Platíco menos de lo normal	1	2	3
CESD14 Usted se sintió sola	1	2	3
CESD15 La gente no era amistosa con usted	1	2	3
CESD16 Disfrutó de la vida	3	2	3
CESD17 Lloraba a ratos	1	2	3
CESD18 Se sentía triste	1	2	3
CESD19 Sintió que usted no le cala bien a otras personas	1	2	3
CESD20 No pudo animarse a hacer nada	1	2	3

IX. HISTORIA FAMILIAR DE MALTRATO	
HM1 ¿Qué tan bien se llevaba su familia, es decir, sus padres, sus hermanos y usted cuando era niña?	Bien.....1 Regular.....2 Mal.....3

X. HISTORIA FAMILIAR DE MALTRATO EMOCIONAL	
HME2 ¿Con que frecuencia alguno de sus familiares la trataban a usted con gritos, insultos y groserías?	Nunca.....1 Algunas veces.....2 Muy seguido (al menos una vez al mes).....3 Diario o casi diario.....4
HME3 ¿Con qué frecuencia las personas de su familia se hablaban entre ellas con gritos, insultos y groserías?	Nunca.....1 Algunas veces.....2 Muy seguido (al menos una vez al mes).....3 Diario o casi diario.....4

XI. HISTORIA FAMILIAR DE MALTRATO FÍSICO						
Por favor trate de recordar si alguna de estas situaciones ocurrieron cuando era niña, más o menos antes de los 12 años.						
	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muy seguido (una vez al mes)	Diario o casi diario	
MF1 Su padre le pegó	0	1	2	3	4	
MF2 Su madre le pegó	0	1	2	3	4	
MF3 Su padrastro le pegó	0	1	2	3	4	
MF4 Su madrastra le pegó	0	1	2	3	4	
MF5 Su padre le pegó a su madre	0	1	2	3	4	
MF6 Su madre le pegó a su padre	0	1	2	3	4	
MF7 Su padrastro le pegó a su madre	0	1	2	3	4	
MF8 Su madrastra le pegó a su padre	0	1	2	3	4	
MF9 Su padre le pegó a sus hermanos/as	0	1	2	3	4	
MF10 Su madre le pegó a sus hermanos/as	0	1	2	3	4	
MF11 Su padrastro le pegó a sus hermanos/as	0	1	2	3	4	
MF12 Su madrastra le pegó a sus hermanos/as.	0	1	2	3	4	

Favor de continuar con las siguientes preguntas si alguno de sus familiares que acabamos de nombrar se comportaba violentamente, de no ser así pase a la pregunta MS1

¿Cuándo cualquiera de estas personas se comportaba violentamente lo hacía después de haber bebido alcohol?

	Si	No	Algunas veces
ME1 Papá	1	2	3
ME2 Mamá	1	2	3
ME3 Padrastro	1	2	3
ME4 Madrastra	1	2	3
ME5 Hermanos	1	2	3
ME6 Hermanas	1	2	3

XI HISTORIA FAMILIAR DE MALTRATO SEXUAL

MS1 ¿Alguna vez alguien le tocó sus partes sexuales por la fuerza o contra su voluntad (cuando usted no quería que la tocaran) o alguien la obligó a que usted le tocara sus partes sexuales o fue obligada por la fuerza a tener relaciones sexuales aún cuando usted no quería? <i>Si responde NO PASE A DP1</i>	Si.....1 No.....2
MS2 ¿Quién se lo hizo? <i>MARQUE TODOS LOS QUE LE INDIQUE</i>	Padre.....1 Madre.....2 Hermano.....3 Pariente cercano.....4 Conocido.....5 Desconocido.....6
MS3 ¿Qué edad tenía usted la primera vez que le ocurrió alguna de estas situaciones?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años

XII CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA PAREJA

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su pareja/esposo.

DP1 ¿Qué edad tiene su esposo/pareja?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
DP2 ¿Su esposo/pareja sabe leer y escribir?	Si.....1 No.....2
DP3 ¿Qué estudios ha realizado él?	Nunca fui a la escuela.....01 Primaria incompleta.....02 Primaria completa.....03 Secundaria incompleta.....04 Secundaria completa.....05 Preparatoria incompleta.....06 Preparatoria completa.....07 Carrera técnica.....08 Licenciatura/posgrado.....09 Otros:.....10
DP4 ¿Qué tipo de ocupación tiene su pareja?	Empleo eventual.....1 Empleo fijo.....2 Desempleado.....3 ¿Qué hace?.....4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XIII. ABUSO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA PAREJA

AA1 ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas su pareja? <i>Si responde NUNCA PASE A PD1</i>	Nunca 0 Una o más veces al año 1 Una vez al mes o menos 2 Dos o cuatro veces al mes 3 Dos o tres veces por semana 4 Cuatro o más veces por semana 5
AA2 ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?	<input type="checkbox"/> Número de copas
AA3 ¿Qué tan frecuentemente toma 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Mensualmente 2 Semanalmente 3 Diario o casi diario 4 Unos meses si y otros no 5

XIV. DEPENDENCIA AL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA PAREJA

Las siguientes preguntas se refieren a los hábitos de beber alcohol de su pareja

	SI	No	No sé
DA1 ¿Alguna vez su pareja ha continuado tomando a pesar de haberse prometido a sí mismo no hacerlo?	1	2	3
DA2 ¿Algunas veces el deseo de su pareja por una copa es muy fuerte?	1	2	3
DA3 ¿Ha pasado su pareja mucho tiempo tomando bebidas alcohólicas o reponiéndose de los efectos de la bebida o haciendo cosas para obtener alcohol?	1	2	3
DA4 ¿Ha tenido su pareja que reducir trabajo importante o actividades sociales debido a su gusto por el alcohol?	1	2	3
DA5 ¿Se ha mantenido su pareja tomando bebidas alcohólicas aún sabiendo que tenía un problema de salud causado por andar bebiendo?	1	2	3
DA6 ¿Se ha mantenido su pareja tomando bebidas alcohólicas a pesar de saber que el beber le ha estado causando problemas psicológicos o emocionales?	1	2	3
DA7 ¿Usted se ha dado cuenta de que la misma cantidad de bebidas alcohólicas tienen mucho menor efecto que antes en su pareja?	1	2	3
DA8 ¿Se ha enfermado o vomitado su pareja después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente?	1	2	3
DA9 ¿Ha estado su pareja deprimido, irritable o nervioso después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente?	1	2	3
DA10 ¿Ha tenido accidentes su pareja debido a su consumo de alcohol?	1	2	3
DA11 ¿Ha estado su pareja bajo tratamiento debido a sus problemas por consumo de alcohol?	1	2	3
DA12 ¿Debido a su consumo de alcohol, ha llegado su pareja a tener problemas considerables de salud, con la familia, con sus amistades, en el trabajo, en la escuela o con la policía?	1	2	3
DA13 ¿Qué tipo de problemas? (especifique): _____	1	2	3

XV. CONSUMO DE DROGAS DE LA PAREJA				
PD1 ¿Su pareja consume alguna de las siguientes sustancias? <i>SI RESPONDE NINGUNA, PASE A PF1</i>	Ninguna.....0 Marihuana.....1 Cocaína.....2 Alucinógenos (hongos, peyote).....3 Solventes, inhalables.....4			
¿Con qué frecuencia la(s) consume?	M	C	A	S
PD2 Diario	1	2	3	4
PD3 1-2 veces a la semana	1	2	3	4
PD4 Mensualmente	1	2	3	4
PD5 Ocasionalmente	1	2	3	4
PD6 ¿Su pareja utiliza alguna otra sustancia que no le haya mencionado en la lista? <i>SI RESPONDE NO, PASE A PF1</i>	Si.....1			No.....2
PD7 ¿Cuál?	[[]]			

XVI. MALTRATO EMOCIONAL POR PARTE DE LA PAREJA		
¿Alguna vez su pareja ha llevado a cabo con usted alguna de las siguientes conductas?	SI	No
PE1 Gritarle	1	2
PE2 Insultarla	1	2
PE3 Exigirle obediencia a sus antojos o caprichos	1	2
PE4 Amenazarla con lastimarla	1	2
PE5 Burlarse de sus sentimientos	1	2
PE6 Ponerse celoso	1	2
¿Alguna de estas conductas ocurrió bajo los efectos del alcohol?		
PE7 Gritarle	1	2
PE8 Insultarla	1	2
PE9 Exigirle obediencia a sus antojos o caprichos	1	2
PE10 Amenazarla con lastimarla	1	2
PE11 Burlarse de sus sentimientos	1	2
PE12 Ponerse celoso	1	2

XVII. MALTRATO FÍSICO POR PARTE DE LA PAREJA		
¿Alguna vez su pareja ha ejercido con usted alguna de las siguientes conductas? <i>SI RESPONDE NO A TODAS PASE A PS1</i>	SI	No
PF1 Sacudirla, zarandearla o jalonearla	1	2
PF2 Sujetarla por la fuerza	1	2
PF3 Golpearla	1	2
PF4 Intentar ahorcarla o asfixiarla	1	2
PF5 Herirla con algún arma u objeto (pala, tubo, cinturón, etc.)	1	2
¿Alguna de estas conductas ocurrió bajo los efectos del alcohol?		
PF6 Sacudirla, zarandearla o jalonearla	1	2
PF7 Sujetarla por la fuerza	1	2
PF8 Golpearla	1	2
PF9 Intentar ahorcarla o asfixiarla	1	2
PF10 Herirla con algún arma u objeto (pala, tubo, cinturón, etc.)	1	2

XVIII MALTRATO SEXUAL POR PARTE DE LA PAREJA			
¿Alguna vez ha experimentado las siguientes conductas sexuales por parte de su pareja? Si responde NO a todas PASE A PP1		SI	No
PS1	Exigirle tener relaciones sexuales sin importar si usted lo desea o no	1	2
PS2	Obligarla a tener relaciones sexuales por la fuerza	1	2
PS3	Amenazarla con irse con otras si no accede a tener relaciones sexuales como él quiere	1	2
PS4	Obligarla a hacer actos sexuales que a usted no le complacen o no le gustan	1	2
PS5	Criticarla en su funcionamiento sexual	1	2
PS6	Forzarla a tener relaciones sexuales cuando se encuentra enferma o está en peligro su salud	1	2
¿Alguna de estas conductas ocurrió bajo los efectos del alcohol?			
PS7	Exigirle tener relaciones sexuales sin importar si usted lo desea o no	1	2
PS8	Obligarla a tener relaciones sexuales por la fuerza	1	2
PS9	Amenazarla con irse con otras si no accede a tener relaciones sexuales como él quiere	1	2
PS10	Obligarla a hacer actos sexuales que a usted no le complacen o no le gustan	1	2
PS11	Criticarla en su funcionamiento sexual	1	2
PS12	Forzarla a tener relaciones sexuales cuando se encuentra enferma o está en peligro su salud	1	2

XIX PROBLEMAS CON LA PAREJA		
PP1	¿Ha tenido problemas graves con su pareja? <i>DAR EJEMPLOS</i>	Nunca 1 Una vez 2 Algunas veces 3 Muchas veces (al menos una vez al mes) 4 Diario o casi diario 5
PP2	¿Qué tipo de problemas son los que ha tenido con su pareja?	Por dinero 01 Por la manera de educar a los hijos 02 Porque toma mucho 03 Porque consume drogas 04 Porque es muy grosero 05 Porque es muy celoso 06 Porque anda con otras mujeres 07 Por problemas con sus padres 08 Porque no quiere trabajar 09 Porque no le gusta como es usted 10 Otros, especifique: _____ 11

<p>PP3 ¿ Ha pensado en divorciarse o separarse?</p>	<p>Nunca..... 1 Una vez 2 Algunas veces 3 Muchas veces (al menos una vez al mes) 4 Diario o casi diario..... 5</p>
<p>PP4 ¿Le parece a usted que con su pareja esta viviendo problemas muy parecidos a los que tenía alguno de sus padres o de sus abuelos? <i>SI RESPONDE NO PASE A PP6</i></p>	<p>Si.....1 No.....2</p>
<p>PP5 ¿Como los de quién? <i>MARQUE TODOS LOS QUE LE INDIQUE</i></p>	<p>Su mamá 1 Su papá2 Su abuelo paterno.....3 Su abuela paterna..... 4 Su abuelo materno5 Su abuela materna 6 Otro, especifique:7</p>
<p>PP6 ¿A quién ha acudido para solicitar apoyo cuando ha tenido problemas con su pareja?</p>	<p>Una amiga..... 01 Un familiar02 Sacerdote.....03 Grupos de Alanón.....04 Grupos de autoayuda.....05 Centros de apoyo a mujeres.....06 Médico07 Psicólogo, psiquiatra 08 Otro, especifique: 09 Nunca he solicitado ayuda..... 10</p>

XX. DETECCIÓN DEL PROBLEMA DE CODEPENDENCIA EN LA RELACIÓN CON LA PAREJA

Las siguientes preguntas están dirigidas a conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en su relación de pareja. FAVOR DE MARCAR CON UNA "X", LA RESPUESTA QUE MEJOR CORRESPONDA.

	No	Sí		
		Poco	Regular	Mucho
CD1 ¿Justifica a su pareja por las fallas que comete?	0	1	2	3
CD2 ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	0	1	2	3
CD3 ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?	0	1	2	3
CD4 ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	0	1	2	3
CD5 ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0	1	2	3
CD6 ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	0	1	2	3
CD7 ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0	1	2	3
CD8 ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0	1	2	3
CD9 ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	0	1	2	3
CD10 ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	0	1	2	3
CD11 ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	0	1	2	3
CD12 ¿Cuándo está contenta de pronto siente temor de que algo malo suceda?	0	1	2	3
CD13 ¿Por momentos se siente desprotegida?	0	1	2	3
CD14 ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	0	1	2	3
CD15 ¿Piensa que sería peor el tratar de resolver los problemas que tiene con su pareja?	0	1	2	3
CD16 ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	0	1	2	3
CD17 ¿Siente miedo de quedarse sola?	0	1	2	3
CD18 ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0	1	2	3
CD19 ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	0	1	2	3
CD20 ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	0	1	2	3
CD21 ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0	1	2	3
CD22 ¿La manera de ser de su pareja la lleva a aislarse del resto del mundo?	0	1	2	3
CD23 ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	0	1	2	3
CD24 ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0	1	2	3
CD25 ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0	1	2	3
CD26 ¿Sufre de dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	0	1	2	3
CD27 ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	0	1	2	3
CD28 ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian?	0	1	2	3
CD29 ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	0	1	2	3
CD30 ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	0	1	2	3

XXI GUIONES FEMENINOS TRADICIONALES								
Inventario de Maculinidad y Femenidad								
A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: conformista, cariñosa, indecisa. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. En el siguiente listado marque con una "X" la respuesta que mejor describe su manera de ser.								
		Nunca o casi nunca soy así	Muy pocas veces soy así	Algunas veces soy así	La mitad de las veces soy así	A menudo soy así	Muchas veces soy así	Siempre o casi siempre soy así
G1	Afectuosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G2	Conformista	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G3	Compasiva	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G4	Prefiere lo simple a lo complicado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G5	Sensible a las necesidades de los demás	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G6	Sumisa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G7	Comprensiva	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G8	Incapaz de planear	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G9	Caritativa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G10	Indecisa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G11	Deseosa de consolar al que se siente lastimado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G12	De personalidad débil	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G13	Cariñosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G14	Insegura de mí misma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G15	Amigable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G16	Pasiva	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G17	Tierna	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G18	Resignada	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G19	Atlética	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G20	Cobarde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G21	Me gustan los niños	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G22	Dependiente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G23	De voz suave	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G24	Influenciable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G25	Generosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G26	No me gusta arriesgarme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G27	Espiritual	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G28	Retraída	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G29	Cooperadora	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G30	Tímida	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

XXII CONCLUSIONES		
¿Cómo se sintió respondiendo a este cuestionario?		
C1	Le gustó hacerlo porque descubrió algunas cosas	Si.....1
		No.....2
C2	Se sintió triste por recordar situaciones desagradables	Si.....1
		No.....2
C3	Se sintió enojada por recordar situaciones desagradables	Si.....1
		No.....2
C4	Sintió miedo porque no sabe cómo resolver los problemas que tiene	Si.....1
		No.....2
C5	¿Cree que su esposo estaría dispuesto a contestar un cuestionario como este?	Si.....1
		No.....2

Razones por las cuales la mujer no aceptó responder al cuestionario:		
Por favor dígame usted ¿Por qué no acepta ser entrevistada? MARQUE TODAS LAS QUE LE INDIQUE!		
R1	Porque mi marido pueda enojarse conmigo	Si.....1
		No.....2
R2	Porque mis hijos puedan enojarse conmigo	Si.....1
		No.....2
R3	Porque no me gusta responder a cuestionarios	Si.....1
		No.....2
R4	Porque no quiero ser entrevistada	Si.....1
		No.....2
R5	Porque tengo prisa	Si.....1
		No.....2
R6	Porque ya voy a pasar a mi consulta	Si.....1
		No.....2
R7	Porque me da pena hablar de mis cosas	Si.....1
		No.....2
R8	La paciente no pudo ser localizada para entrevistarla	Si.....1
		No.....2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

¿Qué hacer si en su familia existen problemas de alcoholismo o violencia familiar

Puede buscar ayuda en los siguientes lugares:

Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.
Carrasco y Coapa s/n. Col. Toriello Guerra, Tlalpan.
55-28-11-73
56-06-65-16
56-06-35-16

ALANÓN
Para familiares y amigos de alcohólicos.
52-08-21-70
52-08-96-07
52-08-96-67

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS
Central Mexicana de Servicios Generales.
Huatabampo No. 18, Col. Roma.
Tels: 52-64-25-88, 52-64-24-06 y 52-64-24-66.

CENTRO DE AYUDA AL ALCOHÓLICO Y SUS FAMILIARES (CAAF).
República de Venezuela esq. Rodríguez Puebla, arriba Mercado Abelardo Rodríguez.
Tel: 57-02-07-38

CIAM (Tlalpan)
Centro Integral de Apoyo a la Mujer.
Carretera Federal a Cuernavaca No. 2, La Joya.
55-73-21-96
55-13-59-85

UAVIF (Tlalpan)
Carretera Federal a Cuernavaca No. 2, La Joya.
55-13-98-35

CAVI (Centro de Atención a la violencia Intrafamiliar)
Dr. Carmona y Valle No. 54, 1º. Piso.
Col. Doctores (metro Cuauhtémoc). Lun,Vier. 9-18 hrs.
52-42-60-25
52-42-62-46

SAPTEL (Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono).
Luis Vives No. 200. Col. Polanco.
53-95-06-60

COVAC (Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres, A.C.)
Diego Arenas 189, Col. Iztaccihualt.
Cerca del Metro Villa de Cortés.
56-96-34-98

AMBAR "Profesionistas por una vida digna S:C."
Rafael Angel de la Peña No. 156, Col. Obrera.
Del. Cuauhtémoc. C.P. 06800
57-61-11-55

Por si usted quiere conocer los resultados de este estudio:

Psic. Gloria Noriega Gayol.
Instituto Privado de Análisis Transaccional.
Agrarismo 21, Col. Escandón, México, D.F.
Tels: 55-15-06-28 y 52-71-52 04

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	ESCALAS DE EVALUACIÓN	PUNTO DE CORTE
Codependencia.	Instrumento de Codependencia CD1 - CD30	0 = No, 1 = Poco, 2 = Regular, 3 = Mucho	No Casos = Puntaje < 32 Casos = Puntaje > = 32
Pareja que abusa del consumo de alcohol.	Instrumento AUDIT AA1 - AA3	AA1 1 = Una vez al mes o menos. 2 = Dos a cuatro veces al mes. 3 = Dos a tres veces por semana. 4 = Cuatro o más veces por semana. AA2 0 = 1 ó 2 copas. 1 = 3 ó 4 copas. 2 = 5 ó 6 copas. 3 = 7 ó 9 copas. 4 = 10 ó más copas. AA3 0 = Nunca. 1 = Menos de una vez al mes. 2 = Mensualmente. 3 = Semanalmente. 4 = Diario o casi diario.	No abuso = Puntaje 0 - 3 Si abuso = Puntaje > 4 (consumo en riesgo y consumo peligroso)
Pareja con probable dependencia al alcohol.	Reactivos Encuesta Nal. Adicciones DA1: Uso por más tiempo o mayor cantidad. DA2: Deseo persistente / incapacidad de control. DA3: Empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos DA4: Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo. DA5 o DA6: Uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos. DA7: Tolerancia DA9: Abstinencia	1 = SI 0 = No y No sé. (Criterios DSM IV)	No = Puntaje < 3 Si = Puntaje > 3

VARIABLE	INDICADORES	ESCALAS DE EVALUACIÓN	PUNTO DE CORTE
Maltrato físico por parte de la pareja.	Cuestionario violencia física PF1-PF5	1 = Si 0 = No	No = Puntaje 0 Si = Puntaje > = 1
Maltrato emocional por parte de la pareja	Cuestionario maltrato emocional PE1- PE6	1 = Si 0 = No	No = Puntaje 0 Si = Puntaje > = 1
Maltrato sexual por parte de la pareja	Cuestionario maltrato sexual PS1-PS6	1 = Si 0 = No	No = Puntaje 0 Si = Puntaje > = 1
Historia familiar de alcoholismo de la informante.	Padres y abuelos con problemas en su consumo de alcohol. Indicadores: HA1, HA2, HA5, HA6, HA7 y HA8 Frecuencia consumo HA12, HA13, HA16, HA17, HA18 Y HA19 Número de copas HA23, HA24, HA27, HA28, HA29 y HA30 Ha tenido problemas por el consumo	0 = Nunca, 1 = Algunas veces, 2 = Frecuentemente, 3 = Diario, 4 = No sé. 0 = No bebía, 2 = Menos de 3 copas, 2 = Más de 5 copas, 3 = Una botella, 4 = Más de una botella, 5 = No sé. 0 = Nunca, 1 = Algunas veces, 2 = Frecuentemente, 3 = Diario, 4 = No sé.	No = 0 - 1. Si = 2-3 No = 0 - 1. Si = 2-4 No = 0 - 1. Si = 2-3
Maltrato físico por parte del padre	Cuestionario historia familiar de maltrato físico. MF1	0 = Nunca, 1 = Una vez, 2 = Algunas veces, 3 = Muy seguido, 4 = Diario o casi diario.	No = Puntaje 0-1 Si = Puntaje > = 2
Maltrato físico por parte de la madre	Cuestionario historia familiar de maltrato físico. MF2	0 = Nunca, 1 = Una vez, 2 = Algunas veces, 3 = Muy seguido, 4 = Diario o casi diario.	No = Puntaje 0-1 Si = Puntaje > = 2
Testigo de maltrato físico entre los padres	Cuestionario historia familiar de maltrato físico. MF5 y MF6	0 = Nunca, 1 = Una vez, 2 = Algunas veces, 3 = Muy seguido, 4 = Diario o casi diario.	No = Puntaje 0-1 Si = Puntaje > = 2
Maltrato emocional por parte de la familia de origen.	Cuestionario historia familiar de maltrato emocional. HME2	1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Muy seguido (al menos una vez al mes, 4 = Diario o casi diario.	No = Puntaje 1-2 Si = Puntaje 3-4
Testigo de maltrato emocional en la familia de origen.	Cuestionario historia familiar de maltrato emocional. HME3	1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Muy seguido (al menos una vez al mes), 4 = Diario o casi diario.	No = Puntaje 1-2 Si = Puntaje 3-4
Historia de maltrato sexual de la informante.	Cuestionario antecedentes de maltrato sexual. MS1	1 = Si 2 = No	No = 2 Si = 1

VARIABLE	INDICADORES	ESCALAS DE EVALUACIÓN	PUNTO DE CORTE
Guiónes escala de femineidad.	Inventario Maculinidad y Femineidad. G5, G11, G7, G17, G1, G13, G19, G9, G21, G25, G23, G29, G27, G3, G15.	1 = Nunca o casi nunca soy así 2 = Muy pocas veces soy así 3 = Algunas veces soy así 4 = La mitad de las veces soy así 5 = A menudo soy así 6 = Muchas veces soy así 7 = Siempre o casi siempre soy así	No = Media < 5.13 Si = Media > 5.13
Guiónes escala de sumisión.	Inventario Masculinidad y Femineidad. G10, G12, G20, G6, G8, G22, G24, G2, G30, G28, G16, G26, G4, G18, G14	1 = Nunca o casi nunca soy así 2 = Muy pocas veces soy así 3 = Algunas veces soy así 4 = La mitad de las veces soy así 5 = A menudo soy así 6 = Muchas veces soy así 7 = Siempre o casi siempre soy así	No = Media < 2.70 Si = Media > 2.70
Pérdidas afectivas tempranas.	Indicadores: PA1 PA3, PA6, PA8, PA11, PA12	1 = Madre 2 = Padre 3 = Ninguno 1 = Si 2 = No	No = 3 Si = 1-2 No = 2 Si = 1
Hija primogénita.	Indicador: LN2	1 = Si 2 = No	No = 2 Si = 1

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA INFORMANTE

VARIABLE	INDICADORES	ESCALAS DE EVALUACIÓN	PUNTO DE CORTE
Edad	DM1	Mediana = 31	1 = < 31 2 = > 31
Estado civil	DM2	1 = Casada 2 = Unión libre	1 = Casada 2 = Unión libre
Años de casada o de vivir con la pareja	DM3	Número de años	1 = 1 a 8 años 2 = > 9 años
Hijos	DM4	Número de hijos	1 = 0 a 2 hijos 2 = 3 o más hijos
Alfabetización	DM5	1 = Si 2 = No	No = 2 Si = 1
Escolaridad	DM6	1 = Nunca fui a la escuela	1 = Hasta secundaria incompleta

		2 = Primaria incompleta 3 = Primaria completa 4 = Secundaria incompleta 5 = Secundaria completa 6 = Preparatoria incompleta 7 = Preparatoria completa 8 = Carrera técnica 9 = Licenciatura/posgrado	2 = Secundaria completa o más
Ocupación	DM7	1 = Hogar 2 = Empleo eventual 3 = Empleo fijo	0 = No 1 = Si
Ingresos mensuales de la familia	DM8	1 = Menos de un salario mínimo 2 = Un salario mínimo 3 = Dos salarios mínimos 4 = Entre 3 y 5 salarios mínimos 5 = Entre 6 y 9 salarios mínimos 6 = Diez o más salarios mínimos	1 = Hasta dos salarios mínimos 2 = Más de dos salarios mínimos

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA PAREJA

VARIABLE	INDICADORES	ESCALAS DE EVALUACIÓN	PUNTO DE CORTE
Edad	DP1	Mediana = 34	1 = < 34 2 = > 34
Alfabetización	DP2	1 = Si 2 = No	No = 2 Si = 1
Escolaridad	DP3	1 = Nunca fui a la escuela 2 = Primaria incompleta 3 = Primaria completa 4 = Secundaria incompleta 5 = Secundaria completa 6 = Preparatoria incompleta 7 = Preparatoria completa 8 = Carrera técnica 9 = Licenciatura/posgrado	1 = Hasta secundaria incompleta 2 = Secundaria completa o más
Ocupación	DP4	1 = Empleo eventual 2 = Empleo fijo 3 = Desempleado	0 = No 1 = Si

ANEXO 3

Estudio de Campo

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Estudio: Detección de Codependencia y Factores Asociados: Una perspectiva desde el Análisis Transaccional.

I. INTRODUCCIÓN

- a) Presentación del Equipo de Investigación
- b) Breve descripción del proyecto; Objetivos Específicos
- c) Breve descripción del Plan de Trabajo
- d) Tareas a realizar (registro de la muestra y aplicación de cuestionarios)
- e) Turnos a cubrir por los entrevistadores, días de trabajo, período de tiempo disponible, sueldo a percibir. Función de los coordinadores, uno para cada turno

II. PROCEDIMIENTO:

- a) Registro de la muestra por parte del coordinador. Criterios de inclusión. Manejo de hoja de control
- b) Distribución de los sujetos a encuestar entre los encuestadores
- c) Aplicación de cuestionarios
- d) Actividades del coordinador
- e) Confirmación de cada uno de los entrevistadores en turno, días de trabajo, período de tiempo disponible. Confirmación de los coordinadores por turno.

III. CUESTIONARIO Y MANUAL:

- a) Revisión de los cuestionarios y/o manual: pregunta por pregunta
- b) Aplicación de cuestionarios entre los entrevistadores: Roll Playing
- c) Aclaración de dudas sobre manejo del cuestionario y/o manual y resolución de problemas
- d) Resolución de dudas
- e) Constancia de participación

IV. PRUEBA PILOTO

- a) Acercamiento a la situación de estudio
- b) Prueba de instrumentos y procedimientos
- c) Asistencia al turno completo que le corresponde
- d) Comentarios sobre la experiencia en el Centro de Salud por lo que se refiere a:
 - personal
 - turno
 - problemas encontrados, etc.

MANUAL ENTREVISTADORES

PROYECTO: "DETECCIÓN DE CODEPENDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS: UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL".

OBJETIVO GENERAL:

Investigar la prevalencia de codependencia en una muestra de mujeres mexicanas y describir los factores asociados con la presencia de este problema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Investigar la prevalencia de codependencia en mujeres que acuden a consulta de primer nivel en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.
2. Investigar la asociación ente la historia familiar de alcoholismo y tener una pareja que abusa del consumo de alcohol.
3. Investigar la asociación entre la historia familiar de maltrato y tener una pareja maltratadora.
4. Investigar si los guiones femeninos tradicionales negativos, las pérdidas afectivas en la infancia y el ser la hija primogénita en la familia de origen se relaciona con la presencia de codependencia.
5. Investigar si la historia familiar de alcoholismo y/o tener una pareja que abusa del consumo de alcohol se relaciona con la presencia de codependencia.
6. Investigar si la historia familiar de maltrato y/o tener una pareja maltratadora se relaciona con la presencia de codependencia.

DEFINICIÓN DE CODEPENDENCIA:

La codependencia es definida para este estudio como un problema de relación dependiente de la pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer se encuentra enfocada en atender las necesidades de su pareja y de otras personas, sin tomar en cuenta las propias. Se encuentra asociada con: un mecanismo de negación, un desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y una orientación rescatadora hacia los demás. Esta definición es la que fue utilizada como base para la elaboración de los reactivos del Instrumento de Codependencia (ICOD) que fue construido y validado de manera ad hoc para este estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N = 830

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA N:

- Mujeres que acuden a consulta de primer nivel al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, en Tlalpan, D.F.
- Edad: 20 a 45 años.
- Con dos años como mínimo de vivir con una pareja.

SUMARIO DE ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Cada integrante del equipo, tiene tareas importantes que realizar para que el estudio logre sus objetivos.

Brevemente se indican sus responsabilidades:

- Estar alerta para trabajar al inicio de su turno. Esto significa llegar a tiempo (7:30 a.m. y 13:30 p.m., según el turno de trabajo que le corresponde), usar bata blanca en el Centro de Salud y contar con el material necesario de trabajo (cuestionarios, lápices con goma, tabla para escribir, sacapuntas).
- Estar seguros de conocer como se lleva a cabo el procedimiento de selección de la muestra. Algunos de los entrevistadores pueden tener que encargarse eventualmente de seleccionar la muestra si el coordinador del turno no esta disponible.
- Si su disponibilidad para trabajar sufre algún cambio, hacerlo saber al investigador lo antes posible. Se debe contar con un número mínimo indispensable de entrevistadores en cada turno, por lo que si surgiera alguna circunstancia imprevista que impida que una persona del equipo se presente a trabajar, se requiere reemplazarlo de inmediato y con la suficiente anticipación. Asimismo, les agradeceremos comuniquen cualquier tiempo adicional que ustedes puedan dedicar al estudio que no haya sido previsto originalmente.
- Se debe completar cada entrevista en la forma más rápida y adecuada posible. Cuando no este seguro de cómo manejar un problema determinado, consultar en el manual y/o con el coordinador.
- Revisar cada cuestionario completado. Con la finalidad de que no queden reactivos sin responder y de que las anotaciones sean claras y comprensibles. Esto no debe interferir con la aplicación de la siguiente entrevista.
- En caso de que la paciente no acepte participar, completar la información de los motivos de

rechazo (al final del cuestionario).

- Al finalizar cada entrevista, entregar los cuestionarios al coordinador de su turno.
- Estar atento y cuidar que los pacientes seleccionados que pasen a consulta clínica, no se retiren sin haber completado su cuestionario.

ADiestRAMIENTO AL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Se efectuará un adiestramiento del personal que participe en el estudio. Para esto, se realizará un entrenamiento sobre métodos y procedimientos en general; asimismo, se les enseñará como utilizar y aplicar el cuestionario.

PROCEDIMIENTO

La población de estudio comprenderá a todas las mujeres que acuden al Centro de Salud y cubren los criterios de inclusión. No será necesario realizar una selección aleatoria de la muestra, dado que las participantes abarcan todo el universo que acude a dicho centro. Las entrevistas serán aplicadas en dos turnos, hasta completar la muestra predeterminada de 830 mujeres, de acuerdo a las siguientes indicaciones:

1. El coordinador del estudio, al inicio del turno que le corresponde (matutino o vespertino) deberá de estar presente en el área de registro de pacientes que acuden a solicitar consulta al Centro de Salud, con la finalidad de filtrar a las mujeres que cubren los criterios de inclusión para el estudio.
2. El coordinador seleccionará como población de estudio a las pacientes mujeres, con un rango de 20 a 45 años de edad y con dos años como mínimo de cohabitar con la pareja. Los datos de estas mujeres deberán de ser anotados en la hoja de control.
3. El coordinador hará una distribución de las pacientes seleccionadas para ser entrevistadas por los entrevistadores, al mismo tiempo que entregará a cada entrevistador los cuestionarios foliados que le corresponden.
4. El entrevistador localizará en el módulo que el coordinador le indique a cada una de las pacientes que le han sido asignadas y les pedirá su consentimiento informado para participar en el estudio.
5. El entrevistador deberá de registrar al final del cuestionario los motivos de las pacientes que no acepten participar.
6. El entrevistador procederá a entrevistar individualmente a cada una de las pacientes que tiene asignadas, aplicando el cuestionario de la manera más rápida y eficiente.

7. El entrevistador deberá de estar pendiente y cuidar de completar los cuestionarios de las pacientes que le fueron asignadas, si la paciente es llamada para consulta y es preciso interrumpir la entrevista, el o la entrevistadora deberá de buscar completarla en cuanto termine la consulta médica.
8. Al término de cada entrevista el entrevistador deberá revisar el cuestionario, poniendo atención a no tener respuestas omitidas y cuidar que los datos sean anotados con claridad.
9. Una vez terminada la entrevista, el entrevistador entregará a la paciente un listado de Centros de Apoyo para los problemas de alcoholismo o violencia doméstica.
10. Una vez concluida cada entrevista, el entrevistador deberá entregar el cuestionario al coordinador del turno.
11. El coordinador revisará cada cuestionario que le sea entregado, hará las anotaciones correspondientes en la hoja de control y procederá a archivarlo en el lugar que corresponde por fecha y turno.

Cómo localizar a la investigadora y a los coordinadores:

Investigadora:

Mtra. Gloria Noriega Gayol.

Tels. consultorio: 55-15-06-28 y 52-71-52-04

Tel. casa: 52-71-01-88

Celular: 044 5 -415-53-14

Coordinador turno matutino:

Angélica Candia Mendoza

Tel: 56-95-84-71

Coordinador turno vespertino:

Alma Rosa García Blancas

Tel: 56-93-51-95

Lugar de la investigación:

Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Esquina de Carrasco y Coapa, Tlalpan, D.F.

Entrando por San Fernando, dar vuelta a la izquierda cuatro semáforos después de los velatorios del ISSTE.

ACTIVIDADES DEL COORDINADOR

- Checar diariamente

- Personal de turno
- Selección de la muestra
- Manejo de la hoja de control
- Coordinación del trabajo de aplicación de los cuestionarios

- Selección de la muestra

- Registro de las mujeres conforme se registran en el área de ingreso del Centro de Salud y selección de aquellas que cubren los criterios de inclusión
- Distribución del material entre los entrevistadores, indicándoles los sujetos que les corresponde entrevistar
- Apoyo al entrevistador para continuar con una entrevista cuando tiene que interrumpirse porque la mujer es llamada para consulta con el médico

- Resolución de dudas:

- Técnicas
- Metodológicas
- Prácticas

- Apoyo

- Cuando sea necesario apoyar en la aplicación de entrevistas

- Recolección del material aplicado

- Revisión de los cuestionarios aplicados
- Llenado de las hojas de control
- Organización de los cuestionarios en folders, revisteros y cajas de archivo por fecha y turno de aplicación

- Sugerir las modificaciones pertinentes en el desarrollo de las actitudes en el campo para un mejor logro de los objetivos del estudio.

- Funcionar como enlace entre la investigadora y los entrevistadores de campo, para transmitir información entre ambos; de tal forma que la investigadora esté enterada de lo que sucede en el campo y los investigadores reciban información unificada en relación al proyecto o de las modificaciones que se le hagan al mismo por considerarse pertinentes.

ACTIVIDADES DE LA SUPERVISORA

Revisar los cuestionarios antes de capturar los datos y borrar el nombre de la paciente.

Cuidar de que las pacientes seleccionadas, que haya aceptado participar en el estudio, no se vayan sin responder al cuestionario.

Proporcionar copias de todo el material a todo el equipo de investigación (Hoja de Control de Pacientes, Directorio de Encuestadores, memorandums, etc).

Reunión semanal con todo el equipo: Viernes a las 13:00 hrs.

Mantener comunicación con y entre los miembros del Equipo de Investigación.

Llegar al inicio de los turnos y en otros momentos inesperados.

Control del lugar proporcionado por el Centro de Salud para guardar los materiales de trabajo.

Mantener informado, por medio de una buena comunicación, al personal del Centro de Salud por lo que se refiere a los avances en la investigación.

Resolución de los problemas y dudas que ocurran durante la investigación.