



UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

MAGISTER EN FAMILIA

CO-DEPENDENCIA

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
INTERVENCION FAMILIAR.**

AUTORAS:

Elsie Salas Zurita

María Fernanda García Yantén

PROFESOR GUIA:

Erika Arroyo Retamal

Chile, 2012

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
PRESENTACIÓN Y DELIMITACION DEL TEMA	5
FUNDAMENTACIÓN	7
PROPOSITOS	9
DISEÑO METODOLOGICO	10
MARCO TEORICO	14
1.- Codependencia	
1.1 Historia de la Codependencia	14
1.2 Definiciones de Codependencia	16
1.3 Modelos que sustentan la Codependencia	22
1.4 Características de la Codependencia	26
1.5 Síntomas y conductas que indican Codependencia	30
1.6 Tipologías de la Codependencia	31
1.7 Criticas al Concepto de Codependencia	34
2.- Codependencia desde el Funcionamiento Familiar	37

3.- Codependencia desde la Teoría de Apego.	
3.1 Apego y Vínculo	44
3.2 Definiciones de Apego	45
3.3. Tipologías de Apego	47
3.4. Factores desde la teoría de Apego que ocasionan la Codependencia	50
4.- Codependencia desde una Perspectiva de Género	53
5.- Codependencia desde la Intervención	
5.1.- <i>Reparación o Rehabilitación</i>	61
5.1.1.- Individual	62
5.1.2.- Familiar	73
5.1.3.- Grupal	78
5.2.- <i>Preventivo y/o promocional</i>	81
5.2.1.- Chile Crece Contigo	82
CONCLUSIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde a un proceso exhaustivo de investigación documental en el tema de CODEPENDENCIA, cuyos resultados han sido plasmados en esta Monografía. Se trabajó en el estudio de algunas posturas teóricas que dan a conocer el fenómeno, permitiéndonos dar cuenta de cuáles son los factores que influyen en el desarrollo de la misma, las intervenciones abordadas y las formas de prevenirla.

Se entenderá por Codependencia *“como la otra cara de la adicción o como una adicción de orden afectivo, Prest, Storm, (1998), o como una relación adictiva a una persona y sus problemas, Wright, Wright, (1991) porque esta relación puede ser tan compulsiva e impulsiva como una adicción”*. Peele, Brodsky (1975). Citado en Vargas, (2007) Codependencia en mujeres que acuden al Policlínico p. 2.

Es importante destacar, que el término Codependencia en este documento será entendido, como la adicción que se genera a un miembro de la familia que padece de alguna adicción externa como alcohol drogas, sexo, etc.

Algunos autores postulan que la familia desarrolla una especie de dependencia paralela a la de su miembro enfermo, fenómeno que se ha denominado "Codependencia" Alvarado, (2000); Delgado y Pérez, (2004). Citado en Pérez; Delgado, (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. Universidad de Oviedo, p. 381-387.

La Codependencia es un problema de salud mental, su estudio reviste especial importancia en el contexto de salud del país, considerando que a partir de la década de los ochenta, Chile ha experimentado cambios demográficos y epidemiológicos acelerados, situándose en etapa post transición epidemiológica, con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades congénitas, cánceres, accidentes y con fuerza han emergido las enfermedades de Salud Mental. El aumento de prevalencia de la mayor parte de ellas incluidas las patologías de salud mental, están vinculados a patrones de estilos de vida o de convivencia social y familiar que pueden ser modificados. (Abala, et al, 2004).

Alvarado, (2000) señala que el problema de la dependencia, no se encuentra circunscrito solo a quien la posee, si no que involucra a todo el grupo familiar, el que está forzado a desarrollar diferentes estrategias al interior de la misma, intercambiando roles y generando una normalización de las conductas,

que favorece el mantenimiento de la problemática. Citado en Pérez; Delgado, (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: Estado del arte y construcción de un instrumento. Universidad de Oviedo, p. 381-387.

Es importante la prevención de la codependencia en los individuos dado que al tratar a las familias de los pacientes de los centros de dependencia química, los profesionales descubrieron que, cuando los pacientes mejoraban, las conductas codependientes de sus familiares continuaban o empeoraban; estos codependientes presentaban rasgos comunes con un patrón vinculante característico, una forma de pensar, sentir y actuar que los iba enfermando poco a poco. De esa forma, dedujeron que los orígenes de tales trastornos podrían ser anteriores a la convivencia con el alcohólico o el adicto. Los familiares que asistían a las terapias relataban historias abusivas (no obligatoriamente relacionada con un dependiente químico o alcohólico) en sus familias de origen. Estas personas venían de hogares disfuncionales donde, además, asumieron muy temprano un rol de “cuidadores” puesto que los adultos que deberían ocuparse de ellas estaban incapacitados por algún motivo para actuar como tales. Las investigaciones indicaban que ser codependiente no estaba condicionado a haberse relacionado con otros dependientes químicos en la niñez o en la madurez, O’Brien; Gaborit, (1992), bastaba haber crecido en un ambiente familiar en el cual estuviera presente un cuidador abusivo. Beattie, (1998); Melody et al., (2004). Citado en

Martins; Menéndez, (2011). Depresión y/o Codependencia en Mujeres: Necesidad de un Diagnóstico Diferencial, p. 5.

Es por ello que se considera que para prevenir las alteraciones en la conducta de los miembros de la familia, es necesario adoptar cuantas medidas sean necesarias para impedir que se produzcan deficiencias o cuando ocurran no tengan consecuencias físicas, psicológicas o sociales.

Este estudio, da a conocer un análisis comprensivo del constructo Codependencia, mediante las diferentes posturas teóricas encontradas en la literatura Nacional e Internacional y por otro lado describe la Codependencia desde las Intervenciones reparatorias y preventivas.

En la elaboración del documento, se consideró fuentes primarias y secundarias, documentos escritos en sus diferentes formas, impresos y electrónicos. La información se organizó de acuerdo a los propósitos del estudio, se realizó análisis de contenido, clasificación, sistematización y se concluyó críticamente.

PRESENTACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL TEMA

Esta monografía es el resultado de la revisión bibliográfica, conducente a aumentar el conocimiento sobre Codependencia, tema que concentra sus mayores desarrollos en países como México, Colombia, España y Argentina.

En las investigaciones de índole nacional, se pudo observar, la escasez de información y abordaje científico de este constructo, por lo cual el fenómeno es mencionado por algunos profesionales de la salud, como parte de la documentación ya existente. No se encontró documentos que demuestre la realidad nacional.

En ésta monografía, se dio realce a las teorías que influyen directamente en la materia. En primer lugar, la Teoría de Apego, definida por Bowlby, (1973) *“como una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”*. Citado en Hurtado, (2007). Tipos de Apego y Amor en la mujer infiel.

Como se describe en el presente documento, el tipo de apego que adoptemos en la infancia es la que conservaremos y aplicaremos en nuestras relaciones interpersonales, cuando seamos adultos. Este tipo de vinculación temprana, podría determinar la aparición del fenómeno.

En segundo lugar la Teoría de Género, entendida como “*construcciones sociales, culturales, psicológicas que se imponen sobre esa diferencia biológica (sexo)*” Mezan et al, (2002), se describe como los individuos aprenden un patrón de comportamiento, que perpetúan en el tiempo con ciertas creencias, que pudiesen mantener este fenómeno.

Este trabajo también pretende dar a conocer algunas intervenciones abordadas en la temática, sin embargo, la mayor parte de la bibliografía encontrada refiere un trabajo desde la mirada de la reparación o rehabilitación.

De acuerdo a la información recabada, que hace referencia a la relevancia de las intervenciones tempranas para la resolución de este fenómeno, se ha incorporado materia desde el ámbito de la prevención - promoción de la salud y factores protectores psicosociales.

FUNDAMENTACIÓN

El constructo Codependencia procedente del campo de las adicciones y expandido al de la Psicología interpersonal, se refiere a un modo disfuncional de relacionarse, donde el codependiente focaliza su vida en los demás con dejadez de sí mismo; responsabilizándose por sus conductas, intenta controlar, rescatar y salvar sus vidas. (Martins; Menéndez, 2011).

La familia también sufre las consecuencias de que uno de sus integrantes padezca alguna adicción. Así, puede que, en un primer momento, la familia no sepa que se está produciendo la problemática, ya que el adicto todavía es capaz de llevar una vida relativamente normal. Pero, normalmente, tarde o temprano, la familia es consciente de la existencia de ese problema. En este momento, es cuando empiezan los sentimientos de frustración, culpabilidad, impotencia, etc. que experimenta la familia alrededor de esa adicción. Y puede producirse un trastorno conocido como Codependencia. (Ibáñez, 2012).

El fenómeno de la codependencia ha ocupado un lugar importante en el campo asistencial de las adicciones, ya que si bien las conductas codependientes no provocan por sí mismas la adicción, contribuyen a perpetuarla o agravarla, generando un alto costo para la salud de todos los implicados. (Biscarra, 2010).

En los estudios epidemiológicos, observamos que en Chile una de cada tres personas sufre problemas de salud mental en algún momento de su vida. (Vicente, 2002). Al igual que la codependencia, estos trastornos, causan discapacidad, pérdida de calidad de vida, sufrimiento, aislamiento social, estigmatización, sobremorbilidad física y/o mortalidad por comportamiento suicida. (Martins, 2011; Menéndez, 2011).

En la bibliografía Internacional encontrada, la Codependencia, se presenta como un problema de salud mental. Considerando el aumento de estas enfermedades y cómo afecta no solo a quien la posee, sino también al grupo familiar, este trabajo pretende dar a conocer la problemática desde diferentes teorías, las que aportan la base y fuentes que podrían ocasionarlo. Además, pretende aportar con estrategias de intervención reparatorias.

Cabe destacar, que se incorporó información que permita desarrollar una estrategia de promoción de conductas saludables en los familiares de quienes padecen de trastornos por dependencia de alcohol u otros.

PROPÓSITOS

1. Conocer teóricamente el concepto de Codependencia, sus características e implicancias en la Salud Mental de los individuos.
2. Conocer cómo influye el funcionamiento familiar en la Codependencia.
3. Definir cómo influye el vínculo y las relaciones tempranas en la génesis de la Codependencia.
4. Describir la Codependencia desde la perspectiva de género y cómo influye en el desarrollo y mantenimiento del fenómeno.
5. Conocer las intervenciones aplicadas en los codependientes y aquellas que nos permitan prevenir este fenómeno.

DISEÑO METODOLOGICO

Esta monografía documental es de carácter cualitativo, que en su elaboración contempló un Análisis Documental de Contenidos, que se define como *“la operación intelectual mediante la cual se extrae de un documento la esencia de su contenido informativo”*. (Turuguet, 1992)

El proceso metodológico contempló dos etapas. La primera de ellas, la investigación documental, entendida como “procedimiento científico proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis interpretación de información o datos en torno a un determinado tema”. (Alfonzo, 1994). Citado en Morales, (2003). Fundamentos de la Investigación Documental y la Monografía, p. 2.

La segunda etapa corresponde a la elaboración del documento monografía, entendida como “texto” de información científica por medio del cual se dan a conocer los resultados de la investigación documental”. (Morales, 2003).

De acuerdo a lo anterior, se estructuró el trabajo de la siguiente forma:

1. Investigación documental: que implicó la revisión de literatura Nacional e Internacional. Esta revisión tuvo como función actualizar el conocimiento de la temática propuesta, de acuerdo a los propósitos planteados en el presente trabajo.

El tipo de información que se utilizó: Hallazgos de investigación sobre ese tema y descripciones teóricas de información. Para esto, se contó con libros, revistas de investigación, sitios web, documentos, monografías, tesis, entre otros.

Estas fuentes fueron primarias y secundarias, ya que la información proporcionada fue de la mano de quienes la realizaron originalmente y por otra parte aquellas que proporcionan información que ha sido transcrito o compilados, es decir, quienes la publican son distintos de aquellas que realizaron el documento de primera mano. (Polit, 1997); (Hungler, 1997).

2. Selección de contenidos: Se realizó una selección de los contenidos encontrados, de acuerdo a la pertinencia y relevancia de los documentos. Los criterios que se utilizaron para la selección de los contenidos, fueron los

propósitos de la monografía. Es decir, por cada propósito planteado, se clasificó y posteriormente se seleccionó la bibliografía que respondió a cada uno de éstos.

3. Organización de contenidos: Los criterios que se utilizaron para organizar los contenidos fue de acuerdo a los propósitos propuestos y se desarrollaron en orden de acuerdo a las mismas, lo que permitió dar una mejor estructura al trabajo.
4. Análisis y conclusiones: Se presentaron los resultados de la investigación documental, las implicancias, conclusiones a las que dio lugar el trabajo y que se derivaron de esta investigación.
5. Elaboración de la Monografía: En esta etapa se comenzó con la transcripción de los contenidos escogidos, organizando y resumiendo las referencias de manera tal que revelaron el estado actual del conocimiento sobre el tema elegido y sus propósitos. Aquellos estudios considerados de mayor importancia, fueron descritos con más detalle y aquellos hallazgos semejantes fueron agrupados y resumidos brevemente. Especial cuidado se tuvo en no

omitir estudios que entraran en conflicto con los valores de las investigadoras o aquellos que tuvieron resultados contradictorios.

MARCO TEORICO

1.- CODEPENDENCIA

1.1.- Historia de la Codependencia:

El concepto de codependencia se comenzó a utilizar en los años setenta para describir a la persona, sea ésta familiar o amigo, que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción. Más tarde se ha hecho referencia al codependiente como aquella persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a un drogodependiente, involucrándose en sus situaciones de vida conflictivas, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas, llegando a adquirir características y conductas tan erróneas como las del propio adicto. (Cocores, 1987). Posteriormente, se ha ido generalizando a familiares de personas con otras dependencias, con enfermedad crónica (esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos alimentarios, cáncer, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer) e incluso a profesionales de la salud. (Gómez, et al; 1998). Citado en Mansilla, (2001). Codependencia y Psicoterapia Interpersonal Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, p. 1.

Los inicios del término se pierden en el devenir de la historia y para conocer la historia de la codependencia hay que revisar la historia de la terapia familiar.

Los alcances más cercanos son el inicio de la Terapia familiar con el movimiento creado por Virginia Satir al inicio de los años cincuenta del siglo XX; coincidentemente, por esta época es fundada Al-Anon, grupo de terapia familiar de Alcohólicos Anónimos. (Withfield, 1991). Citado en Guevara, (2002). Relación de Los Niveles de Autoeficacia y la Codependencia en grupo de Familias de Pacientes Drogodependientes. Revista de Investigación Psicológica, volumen 5, N° 2, p 8.

Maslow, Ackerman, Bateson, Haley, Watzlawick, Rogers, Perls, entre otros, son los representantes de la corriente Humanista en Psicología y son quienes sientan las bases de la terapia familiar sistémica. Vernon (1973), crea el término co-alcoholismo, y plantea la necesidad de la intervención familiar en el tratamiento y recuperación del alcohólico. En los años ochenta, el término codependiente comienza hacer utilizado para describir cualquier acercamiento a la persona dependiente a sustancias, y de allí no tardará mucho en aparecer el término codependencia. Citado en Guevara, (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familias de pacientes drogadictos. Revista de Investigación Psicológica, volumen 5, N° 2, p. 8 y 9.

En 1986 es fundada la Institución CODA (Co-dependents Anonymous) y en 1990 es fundado el Consejo Nacional sobre Codependencia o NCC (National

Council on Co-dependence), ambas instituciones en Estados Unidos, que tienen como misión brindar información y recursos sobre codependencia y rehabilitación. (Whitfield, 1991). Citado en Guevara, (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familias de pacientes drogadictos Revista de Investigación Psicológica, volumen 5, N° 2, p. 9.

1.2.- Definiciones de Codependencia:

La génesis de la codependencia es de carácter multicausal, pero necesariamente se tienen que dar un trastorno de tipo adictivo en algunos de los miembros de la familia. Es un requisito indispensable o condición necesaria que el trastorno ante el cual surge la codependencia sea crónico. En esta cronicidad radica uno de las intersecciones más sólidas de la conducta codependiente, la esperanza de curación asociada a la cronicidad. La codependencia puede llegar a convertirse en una adicción más, hasta el punto de que la mayoría de las características de un codependiente van a coincidir en gran medida con las del adicto. (Vacca, 1998). Citado en Guevara, (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familias de pacientes drogadictos Revista de Investigación Psicológica, volumen 5, N° 2, p. 10.

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Además, existen otros desordenes de conducta y enfermedades que pueden generar codependencia, tales como la esquizofrenia, la violencia, el maltrato y la neurosis. Toda persona expuesta a estos desórdenes, puede desarrollar codependencia. (www.psicocentro.com).

Guevara, (2002), refiere que una de las características de la persona codependiente es presentar comportamientos contrarios a los que se propone el tratamiento; en otras palabras, mantienen la adicción de dos maneras notorias: Primero, permitiendo el avance de la dependencia desde su inicio hasta la búsqueda de ayuda, con comportamientos “psicopatoides” de negación y no-aceptación, encubrimientos y mentiras, complicidad y engaños, salvación y “abnegación”.

El codependiente primero niega el problema adictivo, una vez evidenciado lo encubre y protege, luego lo permite y alienta con conductas de complicidad y por último, considera que sólo él o ella puede salvarlo o brindarle la ayuda requerida.

Guevara, (2002), señala, que en segundo término, el codependiente va a realizar un boicot, explícito o implícito, a los esfuerzos del drogodependiente por salir de su adicción. Esto se da a través de variados comportamientos como los de descalificar a los terapeutas o a los centros de tratamiento, transmiten negatividad en sus mensajes al adicto, crean necesidades (reales o no) para que el adicto abandone el tratamiento, actúan como si el adicto fuese a recaer, conducta persecuidora, entre otras. Citado en Guevara, (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familias de pacientes drogadictos Revista de Investigación Psicológica, volumen 5, N° 2, p. 2.

Guevara, (2002), refiere que lo más importante de estos comportamientos es que la persona codependiente piensa y asegura que su intención es ayudar a solucionar el problema de la adicción de su familiar, esto quiere decir que la conducta codependiente es una forma de actividad de carácter automático que ha sido reforzada y mantenida como tal a través de los años y que connota una finalidad adaptativa dentro de la familia para tal fin. El codependiente presenta rasgos de personalidad claramente identificables con formas de pensar irracionales que son muy difíciles de cambiar ya que van acompañados de patrones afectivos perturbadores como angustia, ansiedad, depresión, ira incontrolable, así como baja autoestima, temor al abandono, déficit en la toma de decisiones, incapacidad de autocrítica, descontrol de impulsos, sentimiento de culpa, entre otros. Citado en Guevara, (2002). Relación de los niveles de

autoeficacia y la codependencia en un grupo de familias de pacientes drogadictos
Revista de Investigación Psicológica, volumen 5, N° 2, p. 9.

Wright y Wright, (1995, 1999), describieron dos tipos de codependencia: Endógena y Exógena. La primera se refiere a la vulnerabilidad en algunas personas, con una historia familiar de alcoholismo, para desarrollar codependencia a través de involucrarse con una pareja que abusa del consumo de alcohol. El segundo, se refiere a una reacción continua desarrollada por personas que se enfrentan con una pareja alcohólica hayan o no tenido antecedentes de alcoholismo en su familia de origen. Citado en Gayol, (2007). Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, p. 122.

La codependencia ha sido definida en múltiples sentidos:

- Como un esquema de vida disfuncional que emerge en la familia de origen produciendo un estancamiento en el desarrollo y siendo su resultado una hiperreacción del codependiente a lo externo a él y una hiporeacción o baja sensibilidad a lo interno a él. (Friel y Friel, 1998).
- Jackson y Kogan, (1963), la definen como la conducta de una persona esencialmente normal que realiza un esfuerzo para ajustarse a un cónyuge y a un acontecimiento vital estresante.

- Treadway (1990); Lawlor (1992), la definen como un patrón de dolorosa dependencia de otros, con comportamientos compulsivos y de búsqueda de la aprobación para intentar encontrar seguridad, autoestima e identidad.
- Vacca, (1999), la define como un patrón de rasgos de personalidad claramente identificables que presentan los integrantes de una familia que tiene un miembro afectado por una adicción a sustancias químicas.
- Gierymki y Williams, (1986), como una enfermedad primordial presente en cada miembro de la familia adicta, que es a menudo peor que la propia enfermedad, y que tiene sus propias manifestaciones psicósomáticas.
- Cuando algún familiar se involucra de forma obsesiva en los problemas de un adicto hasta el punto de vivir por y para él y desequilibrando su propia vida en las áreas personal, familiar, laboral y social, de modo que el codependiente pierde el control de su propia vida y de sus límites invirtiendo toda su energía en el adicto con necesidad de pertenecer y ser útil. (Gómez, Bolaños y Rivero, 2000).
- Haaken, (1993), define la codependencia como una patología del vínculo que se manifiesta por la excesiva tendencia a encargarse o a asumir las responsabilidades de otros.

- May, (1994), la define como un defecto en la realización de dos de los cometidos más importantes de la niñez: la autonomía y la identidad.
- Incluso el concepto de codependencia se ha utilizado para describir un patrón exagerado de dependencia que hace llegar al individuo hasta la negligencia de sí mismo y debilita su propia identidad. (Cleveland, 1987).
- Subby, (1984), la define como una característica emocional y psicológica de la conducta que aparece como consecuencia de un conjunto de reglas opresoras que impiden la demostración abierta de sentimientos y el diálogo sobre problemas personales e interpersonales. Citado en Mansilla, (1970). Revista del 3° Congreso Virtual de Psiquiatría, Centro de Prevención del Alcoholismo. Ayuntamiento de Madrid, p. 2 y 3.

Neveille et al, (1991), señala que el gran alcance de estas definiciones de Codependencia, reducen el significado y la utilidad de tal concepto. Los términos empleados son vagos e imprecisos. La literatura sobre este tema muestra una gran variedad de definiciones y perspectivas teóricas. Citado en Heredia, (1999). Codependencia esa Adicción Oculta, Revista Española de Drogodependencias Vol. 24, N°4, p. 401-425.

Esta variedad pone de manifiesto una dificultad para definir de manera rigurosa qué es codependencia e imposibilita el desarrollo de un marco de trabajo teórico adecuado. Como consecuencia, el concepto de codependencia resulta confuso y ambiguo y no ha sido, todavía, bien aceptado en la comunidad científica. A pesar de esta situación, según Lawlor, (1992), se ha aceptado una definición oficial emergida de la primera Conferencia Nacional sobre Codependencia que tuvo lugar en Arizona en 1989 «*la Codependencia es una pauta dolorosa de dependencia de comportamientos compulsivos y de búsqueda de aprobación en un intento de estar a salvo, de adquirir una identidad y un valor de sí mismo*». Citado en Heredia, (1999). Codependencia esa Adicción Oculta, Revista Española de Drogodependencias Vol. 24, N°4, p. 401-425.

1.3.- Modelos que sustentan la Codependencia:

En el intento de responder a la pregunta que es Codependencia, se empieza con una exhaustiva exploración de todas las teorías que tratan la codependencia. Así, se puede afirmar que hay fundamentalmente tres modelos que abordan este tema: La Intrapsíquica, el Modelo Médico y la Teoría Sistémica de la familia.

1.- La perspectiva intrapsíquica: Cermak, (1986), señala que ésta perspectiva sitúa los conflictos individuales en el interior de la persona, particularmente en su psique. Desde este punto de vista, la codependencia se caracteriza por una serie

de trazos de personalidad, garantizando el diagnóstico de problema mixto de la personalidad. Citado en Heredia, (1999) Codependencia esa Adicción Oculta, Revista Española de Drogodependencias Vol. 24, N°4, p. 401-425.

Este modelo define la codependencia en base a la descripción de unos síntomas. Ahora bien, es fundamental distinguir los síntomas del problema en cuestión. Los síntomas son la expresión de un problema pero no son el problema en sí. El síntoma, por definición, es el carácter observable de un fenómeno relacionado con su evolución, es decir, signos visibles de carácter secundario de un fenómeno.

Heredia, (1999), refiere que esta perspectiva confunde la definición con los síntomas y además descontextualiza el fenómeno reduciéndolo a un hecho psíquico aislado, a un problema puramente personal.

2.- El modelo médico: Miller, (1994), señala que de ésta perspectiva, la codependencia es una enfermedad del mismo tipo que las adicciones. Dicho de otra forma, la enfermedad es la adicción. Citado en Heredia, (1999) Codependencia esa Adicción Oculta, Revista Española de Drogodependencias Vol. 24, N°4, p. 401-425.

Según este modelo, la codependencia es una enfermedad de dependencia del mismo tipo y grado que, por ejemplo el alcoholismo. La dependencia o

adicción es pues una enfermedad y debe tratarse como tal. Esto implica una concepción de la codependencia como una actividad que provoca una alteración neuroquímica similar a la provocada por el abuso de alcohol o cualquier otra droga. En la codependencia hay una dependencia fisiológica fruto de la repetición de ciertas actividades. Finalmente, la codependencia tiene que ser tratada como cualquier otra enfermedad. Sin embargo, el tratar la codependencia como cualquier otra adicción, es reducir el problema a una disfunción cerebral. Ahora bien, la codependencia, como las otras adicciones, es mucho más que un problema cerebral. Es un problema humano y no animal. (Heredia, 1999).

3.- Teoría Sistémica: En términos generales, Edgar, (1991), entiende la codependencia como una manera de conformarse o adaptarse a una serie de reglas de funcionamiento familiar disfuncional. La mayor parte de investigadores en este campo no explican el concepto de disfunción y así la concepción de codependencia continúa siendo ambigua. Citado en Heredia, (1999) Codependencia esa Adicción Oculta, Revista Española de Drogodependencias Vol. 24, N°4, p. 401-425.

Donalson-Pressman y Pressman (1997); Jáuregui (2000) han definido la noción de disfunción familiar. Según estos autores, la disfunción reside en el sistema parental de la familia, es decir aquella donde las necesidades parentales se anteponen a las de los hijos, concebidos como meros instrumentos de

satisfacción parental. Citado en Codependencia y Literatura: La Codependencia en la Antigüedad Clásica. Revista de Codependencia y Literatura, volumen 5 N° 24.

Lafond, (1991); Jauregui, (2000), señalan que a pesar de la fragilidad del término codependencia se podría hipotetizar un modelo conceptual y comprensivo. Para la presencia de la codependencia se precisan unos factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. El factor predisponente sería el fallo en el vínculo madre-hijo que no ha posibilitado que a través de la relación con la madre el niño haya podido desarrollar su yo (self), su propia subjetividad. Por lo que su subjetividad tendrá que surgir por medio de otra persona. Citado en Mansilla, (2001). Codependencia y psicoterapia interpersonal, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXI, N° 80, p. 6.

Esta vulnerabilidad facilita el impacto de los factores precipitantes, que pueden ser identificados como procesos de separación, pérdida de figuras significativas, sea de forma real (muertes, separaciones, divorcios, abandonos de hogar) o simbólica. Así como la ruptura brusca de la homeostasis familiar por un problema crónico que provoca una situación estresante (adicción o enfermedad grave de un familiar). Y también la presencia de nuevas demandas en el entorno que se presentan de forma aguda o con escaso tiempo de elaboración y

adaptación, pidiendo respuestas concretas en espacios cortos de tiempo. (Mansilla, 2001).

La acción de estos factores precipitantes sobre la vulnerabilidad previa, genera los síntomas que identifican a la codependencia.

Los factores de mantenimiento actúan sobre los factores precipitantes para que su acción haga que perdure la codependencia. Estos factores mantenedores son distorsiones cognitivas, tanto en su creencia de que su razonamiento es el que contiene mayor nivel de certeza como en la negación de sus necesidades básicas o en la confianza en una solución casi mágica de la adicción o enfermedad del otro. (Mansilla, 2001).

1.4.- Características de la Codependencia:

Con respecto de la etiología del fenómeno se ha hablado de rasgos estructurales de personalidad (Cermak, 1986; Lawton, 1990), de conductas adquiridas por aprendizaje de experiencias previas o modelos de rol (Edmundson; Bryne y Rankin, 2000), o de consecuencias de la exposición constante a un evento estresante indefinido (Margolis y Zweben, 1998). Las descripciones de

características suelen ser contradictorias: énfasis en conductas como la autoagresión, imposibilidad de establecer relaciones interpersonales, sobre-involucramiento, búsqueda de parejas conflictivas que tienen conductas compulsivas u otro tipo de desorden del comportamiento. (Mc Crady y Epstein, 1996).

Beattie, (1987); Pérez y Goldstein, (1992); Thombs, (1994); Margolis y Zweben, (1998), refieren que las personas codependientes aparecen como víctimas inocentes de las circunstancias, por lo cual evaden toda responsabilidad de sus propias acciones, que suelen ser de tipo pasivo-reactivo a las conductas del otro y que pueden hacerlos ver igual de «enfermos» que los consumidores. Sin embargo, Peele, (1990), señala que el consumo de sustancias y la Codependencia se definen como enfermedades para desculpabilizar al consumidor y al codependiente de las implicaciones negativas de sus actos.

Los siguientes son los comportamientos característicos de la Codependencia, que se mencionan con más frecuencia en la literatura:

1.- Locus de control externo: las conductas de los Codependientes son determinadas por fuerzas externas y no por decisiones voluntarias. Beattie, (1987,1989), Abbott, (1985), Becnell, (1991), Whitfield, (1991).

2.- Inadecuado manejo de sentimientos: el codependiente siente que merece sufrir porque se percibe como culpable y merecedor de la agresión del adicto. Equipara amar con sufrir y sacrificar, y busca constantemente proteger y disculpar al adicto. Beattie, (1987, 1989); Carruth y Mendenhall, (1989); Pérez y Goldstein, (1992); Margolis y Zweben, (1998); Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, (1998); Bryne y Rankin, (2000).

3.- Baja autoestima: la persona Codependiente teme al rechazo y al abandono y su autoconcepto depende de lo que el adicto y los demás piensen de él. La imposibilidad de complacer a los demás es percibida como una falla o carencia de tipo personal. Beattie, (1987, 1989); Carruth y Mendenhall, (1989); Becnell, (1991); Pérez y Goldstein, (1992); Margolis y Zweben, (1998); Hughes-Hammer; Martsolf y Zeller, (1998).

4.- Comportamientos compulsivos: el Codependiente siente una gran necesidad de controlar a otras personas y eventos alrededor. Así, elimina o mitiga la angustia o la culpa que se produciría si la acción de controlar no se efectuará continuamente. Becnell, (1991); Margolis y Zweben, (1998); Hughes-Hammer; Martsolf y Zeller, (1998).

5.- Dificultad de fijar límites en las relaciones con personas significativas, y en general problemas de relaciones interpersonales: el Codependiente siente culpa y ansiedad por los defectos de los otros y llega a considerarlos como suyos. Siente

que traiciona al otro si le impone límites a su conducta. Lerner, (1988); Beattie, (1987, 1989); Pérez y Goldstein, (1992); Thombs, (1994); Steinglass, (1994); Steinglass et al., (1987); Brown y Lewis, (1995); Margolis y Zweben, (1998); Hughes- Hammer; Martsolf y Zeller, (1998).

6.- Estrés, enfermedades psicosomáticas y depresión: la persona Codependiente suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés. Hughes-Hammer; Martsolf y Zeller, (1998).

El individuo codependiente tiende a sufrir por cosas por las que realmente no le corresponde sufrir, acaparando el sufrimiento ajeno que convierte en suyo, al momento que se olvida de sus propios problemas. (Beattie, 2000).

Es por esto, que se determina que la codependencia es una enfermedad cuya característica principal es la falta de identidad propia, y donde el codependiente suele perder el vínculo con lo que siente, necesita y desea.

Según Leroux, (2004), las principales características de una persona codependiente son:

- Aumento de intolerancia: Esta característica se denota cuando el codependiente no puede vivir sin depender de una persona o cosa, por ejemplo una madre, una amiga, un novio, droga, comida, juego e incluso el trabajo, esto se debe a la adicción y al juego amo-esclavo, ya que el codependiente da el poder para manejar su persona a una relación enfermiza. Citado en Zúñiga, (2007). Codependencia Familiar, p. 26 y 27.
- Síndrome de abstinencia: Esta característica se presenta cuando el codependiente se abstiene de lo que es dependiente, lo cual tiene consecuencias que se expresan en malestares físicos y psicológicos como angustia, desesperación, sufrimiento y pánico en la ausencia de su “amo”. Citado en Zúñiga, (2007). Codependencia Familiar, p. 26 y 27.
- Deterioro progresivo de la personalidad: Este deterioro se manifiesta en el abandono del codependiente de sí mismo, presentándose desesperación y siendo capaz de llegar hasta la propia destrucción. Citado en Zúñiga, (2007). Codependencia Familiar, p. 26 y 27.

1.5.- Síntomas y conductas que indican Codependencia:

Respecto al tema, los síntomas que indican Codependencia por Beattie, (1992) son:

- Necesidad de ser aceptados más de lo saludable.
- Sensación de pérdida de identidad, a veces la persona no sabe quién es o qué quiere.
- Congelación de sentimientos por miedo a herir a los demás.
- Reacciones desmedidas que desconciertan y confunden.
- Incapacidad de disfrutar por estar demasiado comprometidos con los demás.
- Preocupación exagerada por los demás hasta hacerse daño.
- Incapacidad de permitir que los demás vivan las consecuencias de sus actos.

Beattie, (1992), refiere que para poder amar sanamente a otra persona, es determinante amarse a uno mismo, evitando poner en riesgo la salud física, emocional, espiritual y de la estima personal. Citado en Zúñiga, (2007). Codependencia Familiar, p. 29

1.6.- Tipologías de la Codependencia:

Vacca, (1999), ha identificado 4 tipos de codependientes:

1.- El codependiente directo: que presenta uno de los comportamientos que genera más dificultades en el proceso terapéutico porque su conducta va desde proporcionarle el alcohol o la droga hasta dinero o el lugar donde pueda consumirla. Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 4.

2.- El codependiente indirecto: mantiene una conducta de oposición declarada y objetiva a la adicción del familiar pero, a la vez, protege al adicto, y evitan que se responsabilice de sus acciones. Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 4.

3.- El codependiente tolerante: desempeña el rol de sufridor. Su rol no es modificar el comportamiento del adicto, sino contemplar cómo se autodestruye pero queriendo sacar lo que queda de bueno y noble en él. Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 5.

4.- El codependiente perseguidor: es el familiar más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto. Despliega un sistema de conducta para descubrirlo. Es el que opera como un control externo. Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 5.

Vacca, (1999); Kreuz, (1997); Domínguez, (1995), refieren que la codependencia puede también ser percibida en el comportamiento de los hijos de

drogodependientes, de enfermos mentales graves y en los hijos que han perdido a un progenitor a una edad temprana. Cuatro suelen ser los roles de estos hijos. Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 6.

1.- El héroe de la familia o niño adulto: es el hijo parentalizado que adopta el rol de padre/ madre frente a sus hermanos, llegando a convertirse en el cuidador del progenitor drogodependiente, no juega ni fantasea como los demás niños ni disfruta de su niñez, asume las funciones importantes de la familia para que ésta no se desintegre, y es utilizado por la familia para demostrarse a sí misma y a los demás que el sistema familiar funciona bien. Vacca, (1999); Kreuz, (1997); Domínguez, (1995). Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 6.

2.- El niño perdido o silente: con frecuencia es el segundo de la fratría, es el que pasa desapercibido en la constelación familiar, suele estar solo, tiene tendencia a la fantasía como válvula de escape de los problemas familiares, busca relaciones íntimas fuera de la familia y desarrolla una gran capacidad para mantenerse lejos física y psíquicamente. Vacca, (1999); Kreuz, (1997); Domínguez (1995). Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 6.

3.- El hijo problema o hijo crisis o cabeza de turco: sirve de pararrayos para las tensiones que se crean dentro de la familia, manifiesta una conducta desafiante, crea conflictos, presenta agresividad no controlada y frecuenta ambientes de marginación social. Su modo de actuar es provocando problemas para proteger al padre contra una confrontación, proteger a la madre de poner al padre en una difícil posición, proteger a los hermanos centrando la ira del padre sobre sí mismo, y protegerse de sí mismo contra sensaciones de pasividad. Vacca, (1999); Kreuz, (1997); Domínguez, (1995). Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 6.

4.- El hijo broma o mascota: suele ser el menor de la fratría, es frágil e inmaduro, tiene muchos amigos, es simpático, su único objetivo es agradar a los demás, tiene siempre la intervención graciosa y oportuna, por lo que se le suele etiquetar de payaso. Vacca, (1999); Kreuz, (1997); Domínguez, (1995). Citado en Mansilla, (2002). Un Enfoque de Codependencia, 3° Congreso de Psiquiatría Virtual, p. 6.

1.7.- Criticas al Concepto de Codependencia:

Gayol y Ramos, (2002), refieren que el concepto de codependencia reconoce una larga y fructífera historia en el campo de la salud mental y, más específicamente, en el del tratamiento de las adicciones. Sin embargo, su validez

ha sido y es discutida en el ámbito científico debido a la ausencia de una definición conceptualmente precisa y a la escasa evidencia empírica pertinente. Algunas de las críticas más frecuentes hacia éste y los desarrollos actuales más destacados sobre el constructo se refieren a la escasa evidencia empírica, a la falta de un consenso en las definiciones y a la posible influencia de la cultura en las formas de relaciones familiares. Desde esta última postura se sostiene que el concepto refleja estándares valorativos propios de la cultura norteamericana tales como la independencia y la autosuficiencia, que no coincidirían con los valores más propios de la cultura latinoamericana, en la cual se da mayor importancia a la conservación de la pareja y a la integración familiar. Citado en Biscarra y Fernández, (2010). Codependencia: El lado oculto de los trastornos adictivos p. 2.

Existen diversas críticas al concepto, ya que no ha sido claramente delimitado ni estudiado. Existen variadas definiciones del concepto de codependencia y al no haber sido deducido empíricamente, dificultan en extremo la validez del constructo, causando disminuida aceptación y consenso entre los expertos del área. Dear & Roberts, (2002). Citado en Martins, (2011). Depresión y Codependencia en mujeres: La necesidad de un diagnóstico diferencial. Universidad de Barcelona, p. 133.

Gierymski & Williams, (1986), opositores al uso del término codependencia cuestionan que se le han dado connotaciones que exceden el problema. Para

ellos, el uso del término no ha provenido de estudios sistemáticos, sino de la intuición, sobre generalización y anécdotas. Citado en Hernández & Vargas, (2012). Codependencia en Esposas de Alcohólicos.

Al no estar clara las definiciones diagnósticas de la codependencia, cada autor considera las que ha encontrado en sus investigaciones y casos clínicos. Esto es importante señalarlo ya que las escalas y cuestionarios de evaluación van a diferir en función de las características señaladas para el trastorno. Los manuales y tratados de clasificación diagnóstica como son el CIE-10 y el DSM III, III-R y IV, no consideran dentro de sus categorías diagnósticas a la codependencia. (Guevara, 2002).

2.- CODEPENDENCIA DESDE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La familia juega un papel fundamental en la vida de todo individuo. Desde el nacimiento, ésta se convierte en un pilar fundamental para el niño. Además de determinar las características genéticas de éste, constituye su primer medio de socialización, su primer contacto con el mundo. De esta manera, ésta es la que le va a inculcar las primeras normas de conducta, los primeros valores que el pequeño debe manejar para poder desenvolverse en la sociedad. Igualmente, constituye su primer soporte afectivo. Asimismo, mediante el aprendizaje vicario, el niño va a observar y a reproducir conductas que efectúan sus mayores, ya que éstos constituyen un modelo para él. Por tanto, la infancia se convierte en un momento de suma importancia para determinar la vida futura de todo individuo. (Ibáñez, 2012).

La familia educa. No obstante, ha cedido terreno como generadora y transmisora de estos valores en favor de otros actores sociales y se ha convertido en la gran olvidada, quizás porque no ha encontrado su espacio o porque se le ha apartado y no ha sabido reaccionar. Pero, al igual que las pautas de consumo han cambiado durante los últimos años, también la familia está realizando su propia evolución y es necesario tenerla en cuenta para adaptar las respuestas que se ofrecen a las necesidades que demandan los nuevos conceptos del modelo de

familias inmigrantes, minorías étnicas, monoparentales, multiproblemáticas, entre otras. (Calvo y De Lucas, 2007).

La Codependencia se presenta como un trastorno en el área de las relaciones interpersonales y específicamente en la situación familiar en la cual se observan la transmisión de guiones de vida de codependencia en las mujeres de una generación a otra. Los mensajes de Guion son transmitidos por medio de comunicación inconsciente entre los estados del Yo de los miembros de una familia de una generación a la siguiente. (Noriega, 2002).

Un ejemplo de ésta genealogía familiar puede verse claramente en la literatura de los hijos adultos de alcohólicos (ACOAs) (Kritsberg, 1985). Los miembros de una familia en la cual uno o más miembros son alcohólicos siguen ciertos mandatos como reglas no verbales tales como: “No hables”, “No confíes” y “No sientas” (Black, 1981). También puede ser que jueguen ciertos roles rígidos dentro de la familia (Wegscheider-Cruse, 1981). Desde la perspectiva de la terapia familiar, la codependencia, al igual que el alcoholismo, es un problema que transita en las familias. Brown, (1996), refiere que esta transmisión generacional del guion frecuentemente sucede con uno de los hijos en la familia que se vuelve alcohólico y con otro un codependiente que se casa con un alcohólico o adicto a drogas. Citado en Noriega, (2002). Codependencia: Un Guion de Vida Transgeneracional, p. 1.

Esta transmisión subyacente constituye un factor común en los hijos de todo tipo de hogares gravemente disfuncionales, y sus maneras de enfrentarla o, lo que es más típico, de evitarla, varían según el sexo, la disposición y el papel que tuvieron en la familia durante la niñez. Sin embargo, si nuestros padres se relacionaron con nosotras en forma hostil, crítica, cruel, manipuladora, dictatorial, demasiado dependiente, o en otras formas inadecuadas, eso es lo que nos parecerá “correcto” cuando conozcamos a alguien que exprese, quizá de manera muy sutil, matices de las mismas actitudes y conductas. (Brown, 1996).

La familia aunque presente problemas serios, ésta no se vuelve disfuncional a menos que se produzca la negación. Más aún, si algún miembro de la familia no se vuelve disfuncional a menos que se produzca la negación. Más aún, si algún miembro de la familia intentara librarse de esa negación, por ejemplo, describiendo la situación familiar en términos precisos, el resto de la familia se resistiría con fuerza a esa percepción. A menudo se utiliza el ridículo para poner a esa persona en su lugar, o, si eso fallara, el miembro renegado de la familia es excluido del círculo de aceptación, afecto y actividad. Nadie que utilice el mecanismo de defensa de la negación hace una elección consciente de excluir la realidad, de usar anteojeras a fin de dejar de registrar con precisión lo que dicen y hacen los demás, como nadie en quien opere la negación decide dejar de sentir sus propias emociones. Simplemente “sucede” a medida que el yo, en su lucha por proporcionar protección contra los miedos, las cargas y los conflictos

abrumadores, cancela la información que resulta demasiado problemática. (Zúñiga, 2007).

Autores como Fosum y Manson, (2003), dividen las familias en dos grandes tipos, aunque cabe mencionar que una familia puede ser funcional o disfuncional en diversos grados. Las familias pueden ser:

- Funcionales: son aquellas en las que sus miembros se muestran seguros acerca de quiénes son, tienen una autoimagen positiva, y se comunican libremente. (Fosum y Manson, 2003).
- Disfuncionales: se componen de personas habitualmente autolimitadas, cuyas personalidades parecen inhibidas, empequeñecidas o subdesarrolladas, en estas familias, la comunicación suele ser deficiente, inexistente o se expresa mediante comportamientos destructivos o incluso violentos. En una familia disfuncional siempre hay una negación compartida de la realidad. (Fosum y Manson, 2003).

Autores como Becnell, (1991); Baumrind, (1991); Barber, (1992), plantean que ciertas pautas de crianza se asocian con atributos de dependencia e incompetencia psicosociales en los hijos. En 1991, Becnell clasifica estas

prácticas parentales en dictatoriales, sobre-protectoras, permisivas, críticas e ineficientes.

- Prácticas parentales dictatoriales: están asociadas con hijos con conductas externamente determinadas.
- Las prácticas parentales críticas: se asocian con hijos con locus de control externo, miedo al rechazo, dependencia y sumisión.
- Prácticas sobre-protectores: generalmente tienen hijos con conductas manipulativas y emocionalmente controladoras.
- Prácticas parentales permisivas: se asocia con hijos que sienten sus relaciones interpersonales amenazadas por el rechazo, el abandono, la culpa, y que con frecuencia se involucran en conductas conflictivas y socialmente disruptivas como el consumo de drogas, la sexualidad temprana, el desafío a la autoridad y los actos delictivos.
- Prácticas de crianza ineficientes: en las que hay una inversión de los roles padre-hijo, se asocian con hijos que suelen tener un sentido excesivo de responsabilidad, y que se caracterizan por el sobre-control y la hiper-vigilancia en sus relaciones interpersonales.

Las pautas interaccionales entre padres e hijos que facilitan el tipo de relación codependiente corresponden en general a relaciones en las que se teme y se evita la libertad y la independencia. Baumrind, (1991); Barber, (1992); Allen y Kuperminc & Bell, (1998).

Norwood, (1986), en su libro *“Las Mujeres que Aman Demasiado”*, refiere que las pistas que permiten explicar el misterio de la mujer en su devoto apego, por lo general se pueden encontrar en las experiencias vividas en su familia de origen. Para muchas mujeres, esos papeles a menudo implican negar las propias necesidades e intentar satisfacer las de otros miembros de la familia. Tal vez las circunstancias obligan a crecer demasiado rápido, o asumir prematuramente responsabilidades de adultas porque la madre o el padre estaban demasiado enfermos física o emocionalmente para cumplir con las funciones propias. O quizás alguno de los padres estuvo ausente debido a su muerte o a un divorcio y éstas tratan de tomar su lugar, ayudando a cuidar tanto a sus hermanos como al progenitor que les queda. Sin duda, todas las familias presentan diferentes estructuras y dinámicas que nos permiten afrontar de mejor o peor forma ciertas situaciones que provocan desajustes en el individuo o grupo familiar.

Por último, Levinson, (citado en Castro1995) es uno de los pioneros en el estudio de las parejas y a través de sus investigaciones describe que en las etapas de ésta unión, se dan tres aspectos relevantes, que constituyen la dinámica que se dará en la familia que construirán en el futuro:

- Límites: refieren el grado en que la pareja permite la inclusión de personas o aspectos ajenos a su relación, por lo que su función es protectora y reguladora. Pueden ser permeables, muy permeables o impermeables. Cuando son permeables es que hay un intercambio equilibrado con el exterior, cuando son muy permeables la pareja pierde su integridad ya que se deja influenciar demasiado por familiares o amigos y cuando son muy impermeables es que existe una restricción en la interacción que tiene con el exterior, propiciando que la pareja se aisle.
- Poder: Implica el encuentro de dos fuerzas y la determinación de quien manda y cómo lo hace. Dependiendo de la manera en que se practique el poder, será el tipo de relación que se establezca y determinará la forma en que se resuelven los conflictos.
- Intimidad: Tiene que ver con la distancia física y emocional de la pareja. La necesidad y a la vez, el miedo a la cercanía hace que la pareja se acerque y se aleje una y otra vez.

3.- CODEPENDENCIA DESDE LA TEORIA DE APEGO

3.1.- Apego y Vínculo:

Un elemento importante arraigado e innato que influye el cómo nos relacionamos con nuestras parejas es el apego, el cual es concebido por autores expertos en el tema como la necesidad básica por medio de la cual nos vinculamos afectivamente, este vínculo es adoptado por cada uno de nosotros desde la infancia hasta nuestra vejez, teniendo una influencia relevante en nuestras relaciones interpersonales. (Ojeda, 1998).

La madre, durante el embarazo, se prepara emocionalmente para recibir a su hijo, desarrollando la preocupación materna primaria que la convierte en la persona más indicada para establecer la interacción. (Winnicot, 1965). Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría, p. 33.

Esta relación se produce incluso antes del parto y adquiere una calidad que depende de la madre y del hijo, de sus dotaciones específicas y de la modulación y conjugación de ambos. El recién nacido utiliza los diferentes estados: de vigilancia, de excitación, de actividad motriz y de calidad afectiva para controlar las tensiones endógenas o exógenas y organizar sus vivencias. Gran parte de los

cuidados que le da la madre consisten en modular su estado, proporcionándole estimulaciones o protegiéndole contra dosis excesivas. (Mansilla, 2003).

El niño nace con la tendencia al establecimiento del vínculo porque posee una serie de capacidades sensoriales y se encuentra con una madre o sustituta especialmente predispuesta para este proceso. La conducta social en los primeros 4 años de vida es un proceso donde el pequeño establece conductas de apego con sus padres y familiares cercanos, y con ello adquiere la confianza necesaria para hacer nuevos amigos, integrándose a su ambiente escolar y comunitario. (Mansilla, 2003).

3.2.- Definiciones de Apego:

El término vinculación hace referencia a una relación objetal específica y supone una estructura neurofisiológica y la tendencia a buscar la relación con otro. (Bowlby, 1969).

Al mencionar relaciones objetales nos referimos a la manera en que el infante constituye sus figuras de amor, como lo es el padre, la madre, o todo lo que puede representar un objeto de amor.

Bowlby, (1973), denominó la Teoría del Apego como una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como ansiedad, ira, depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva.

Para Bowlby, (1979), la teoría del apego es a un nivel fundamental una teoría evolutiva de conducta social humana "de la cuna hasta la tumba", es decir, que el tipo de apego que adoptemos en la infancia es la que conservaremos y aplicaremos en la vida adulta en nuestras relaciones interpersonales, ya sea con los familiares, amistades y con la pareja. Citado en Hurtado, (2007). Tipos de Apego en la mujer Infiel, p. 19.

El fallo en el vínculo podría dar como resultado un trastorno de relación o lo que ha venido en denominarse la "absorción emocional" que tiene lugar cuando al niño no se le permite separarse de la madre en el momento oportuno. Si una madre o figura sustituta es sobreprotectora y no acaba de distanciarse y de aflojar los lazos para permitir que el niño se convierta en una persona independiente, entonces éste no se vinculará adecuadamente. De manera que la codependencia puede forjarse a partir de las necesidades no satisfechas en el ser humano

durante su infancia, las cuales han impedido una maduración conveniente para poder adaptarse a situaciones de relaciones interpersonales. Los codependientes insisten en repetir las mismas conductas ineficaces que utilizaron cuando eran niños para sentirse aceptados, queridos o importantes y mediante esas conductas, buscan aliviar el dolor y la pena por sentirse abandonados. Sin embargo, paradójicamente las conductas codependientes perpetúan esos sentimientos. (May, 1994).

3.3.- Tipologías de Apego:

Con la combinación de las dimensiones de afecto y control se establecieron cuatro tipos de vínculos que equivalen a otros tantos de Bowlby, (1973). El vínculo I (equilibrio de afecto y protección) equivale al vínculo óptimo o apego normal de Bowlby. El vínculo II (afecto constrictivo) equivale al vínculo dependiente. El vínculo III (afecto deficitario o ausente) equivale al desapego o ausencia vincular. Y el vínculo IV (control sin afecto) equivale al vínculo ansioso. Entre los codependientes pueden encontrarse los vínculos II, III y IV, aunque quizás el más frecuente sea el vínculo IV (vinculación de poco afecto y sobreprotección excesiva).

Rubin, (1974); Hurtado, (2007), señalan que según esta teoría, el sistema de apego en los niños les ayuda a facilitar la estabilidad y desarrollo a través de

los periodos más vulnerables de la niñez. Este vínculo es una forma de establecer lazos afectivos fuertes con los demás, en donde se puede experimentar emociones negativas cuando se es abandonado o se vive una separación o pérdida. Es un vínculo afectivo que se desprende de una tendencia a buscar la proximidad, el contacto, la atención, la seguridad, etc.; así mismo, funciona como un elemento que contribuye a construir relaciones afectivas seguras que proporcionen un sentimiento de bienestar.

Hurtado, (2007), propone tres tipos de apego:

1.- Apego Seguro: es el cual la seguridad ha estado presente por la disponibilidad de objetos de apego a través de varias experiencias. Las personas con un apego seguro están libres de ansiedad y miedo, aún y cuando el objeto de apego no está a la vista porque ellos confían que su objeto de apego está disponible si lo necesita.

2.- Apego Ansioso/ambivalente: se caracteriza por una ansiedad crónica relacionada con el objeto de apego. Personas con este tipo de apego no confían en la accesibilidad y responsabilidad del objeto de apego, ya que éste no provee seguridad. (Hurtado, 2007).

3.- Apego Evitante: es caracterizado por una reacción defensiva ante el probable rechazo del objeto de apego. Personas con apego evitante perciben que han sido rechazados por un objeto de apego, y en respuesta se protegen a ellos mismos, subsecuentemente rechazando o evitando el objeto de apego. (Hurtado, 2007).

Desafortunadamente en muchas familias por varias razones, los niños no pueden depender de sus padres y las necesidades básicas se quedan sin satisfacer, impidiendo que se forme un apego sano y satisfactorio entre padre e hijo, especialmente entre la madre y el hijo. Para que el niño se pueda desarrollar sanamente es importante que primero dependa de otros, para luego si depender de el mismo, permitiéndole tener relaciones de interdependencia; depender de otros y depender de él sanamente. Cuando esto falta, la persona crece creyendo que sus necesidades de estabilidad, seguridad, nutrición, amor y pertenencia nunca van a ser llenadas. La persona buscará relaciones con personas distantes, frías, narcisista, que no lo valoran y que harán que sienta de nuevo el abandono que sintió de niño. Cuando no se puede depender de otro o en sí mismo, no confiará en los propios sentimientos para que guiar la propia vida. La manera de compensar estas carencias y falta de confianza será volverse excesivamente dependiente de personas inadecuadas y cosas externas para llenar el vacío del alma, como comida, trabajo, juegos, gastando mucho dinero, drogas, etc., o permitir que otros dependan de él o ella. El depender de algo externo para llenar el vacío, se convierte en una adicción. (Escamilla, 2007).

3.4.- Factores desde la teoría de Apego que ocasionan la Codependencia.

La codependencia afecta los niños que crecen en familias donde hay negligencia y abuso, esto se debe a que las necesidades de respeto, protección, confianza, seguridad y caricias no se cubren. Hay tres heridas principales que dañan y que crean tanto dolor y miedo en la vida, que se pierde la confianza en uno mismo provocando mirar hacia afuera en la búsqueda de la felicidad. (Papalia, 2002).

Por lo recién mencionado y de acuerdo a lo investigado por Beattie, (2000), los factores que influyen en la formación de un individuo codependiente son:

1.- Sentimientos: Las conductas compulsivas, inicialmente sirven para detener el dolor y temporalmente para evitar sentimientos y evadir el problemas. Bedford. Citado en Beattie, (2000), p. 118.

Los sentimientos se encuentran congelados por grandes períodos de tiempo a lo largo de experiencias vividas desde la niñez, han sido guardados en mensajes y conductas, algunos son grandes otros pequeños y otros están escondidos en el inconsciente. Bedford. Citado en Beattie, (2000), p.118.

2.- Los mensajes: “Nuestros mensajes del pasado son los que controlan lo que hacemos hoy”. Son los factores que influyen de manera determinante por su naturaleza autodestructiva, y se encuentran arraigados en la familia de origen. Bedford. Citado en Beattie, (2000), p.125.

Cuando se es niño, se va reconociendo el significado de estos mensajes y guardando un archivo de eventos vividos de todo aquello que ha sucedido y todos los mensajes que fueron dados. Estos mensajes están relacionados con lo que se introyecta, y se mantienen acumulados en el archivo de la mente de forma individual y única. Estos controlan las conductas personales generando autodestrucción. Cuando se es niño, se comienza a aprender a sentir y expresar los sentimientos relacionados con la familia, que es la que da las pautas de lo que está bien o mal sentir. Ejemplos de mensajes destructivos son: “no está bien que yo sienta”, “no soy digno”, “ni soy suficientemente bueno”, “no está bien que sea como soy”, todos estos mensajes introyectados son los que destruyen y dan pautas o reglas a la conducta codependiente hacia relaciones con personas o cosas. (Zúñiga, 2007).

3.- Patrones de conductas autodestructivos: Son aquellos utilizados para establecer relaciones interpersonales, realizadas una y otra vez. Estos patrones

se adhieren en la niñez cuando se está relacionado con gente negativa y controladora. (Beattie, 2000), p.125.

En estos términos, la codependencia es entendida a partir de la estructura psíquica del sujeto como un debilitamiento del Yo, debido a una fijación que se produce a partir de la insatisfacción o ruptura de las relaciones objetales. Siendo así, podemos decir que los comportamientos de la persona codependiente son fruto del proceso de identificación que tuvo lugar en la infancia, clisé eróticos que demuestran una incapacidad afectiva para iniciar relaciones amorosas estables o participar en ellas, esto es, personas que permiten que la conducta destructiva de los otros los afecte, dando como resultado una necesidad obsesiva por controlar la conducta de los demás. (Bowlby, 1973).

En el libro de Norwood, (1980) *“Las Mujeres que Aman Demasiado”*, las pacientes a quienes entrevistaba la autora, se habían criado en el seno de familias con problemas, y otras pacientes que no se habían criado en familias problemáticas, pero sus parejas casi siempre provenían de familias con problemas severos, en las cuales habían experimentado tensiones y sufrimientos mayores que los comunes. Al luchar por salir adelante con sus compañeros adictos, estas mujeres (que en el área de tratamiento se conocen como co-alcohólicas) inconscientemente recreaban y revivían aspectos significativos de su niñez. Esas

mujeres co-alcohólicas clarificaron el increíble poder y la influencia de sus experiencias infantiles sobre sus patrones adultos para relacionarse con los hombres.

4.- CODEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La inclusión del “género” resulta fundamental para poder abordar el tema mujer y codependencia, desde una perspectiva que pueda dar cuenta de su especificidad e importancia. El “género”, constituye la categoría explicativa de la construcción social simbólica histórica- cultural de los hombres y las mujeres sobre la base de la diferencia sexual. (Hernández, 2006).

La identidad de género no es natural ni inmutable, sino cambiante y determinada por el hecho de vivir e incorporar, desde el nacimiento y a través de la socialización, las experiencias, ritos o costumbres que la sociedad considera apropiadas y valoradas para los varones y las mujeres. (Gandolfo, 2011).

La transformación de papeles sobre las “obligaciones” que la mujer “hereda” por el mero hecho de serlo, la conquista de un espacio propio no sólo en la sociedad sino también en ese micromódulo que es la familia, el cambio de roles

equiparándolos en el mejor de los casos o asignado doble función a la mujer. (Calvo y De Lucas, 2007).

Bustos, (1994), la diferenciación entre los sexos se conoce como rol de género, considerándose el género aquella categoría en la que se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad-masculinidad, y que es producto de un proceso histórico de construcción social. Citado en Herrera, (2000). Rol de Género y Funcionamiento Familiar.

Herrera, (2000), en su documento “Rol de Género y Funcionamiento Familiar” distingue 3 elementos básicos en cuanto al género, que son:

- Asignación de género: Se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales.
- Identidad de género: Son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida.
- Rol de género: Conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo.

Arce, (1995), señala que la familia constituye el espacio primario para la socialización de sus miembros, siendo en primera instancia el lugar donde se lleva a cabo la transmisión de los sistemas de normas y valores que rigen a los individuos y a la sociedad como un todo. Citado en Herrera, (2000). Rol de Género y Funcionamiento Familiar.

De esta manera, desde muy temprano, la familia va estimulando el sistema de diferenciación de valores y normas entre ambos sexos, asentando así tanto la identidad como el rol de género. (Herrera, 2000).

Artiles, (1998), refiere que el contexto familiar refuerza la diferenciación genérica, dando actividades diferentes a niños y a niñas; a las niñas se les destinan aquellas relacionadas con el hogar, servir, atender a otros; mientras que a los niños se reservan actividades de competencia que les permiten tener un mayor control sobre el medio externo, lo cual es una forma muy importante de ir delimitando las normas de comportamiento y dejando claras las expectativas sociales hacia cada sexo. La familia, por tanto, es el principal eslabón del proceso de tipificación sexual dado que es formadora por excelencia y de difícil sustitución. Citado en Herrera, (2000). Rol de Género y Funcionamiento Familiar.

Desde el género como ideal del Yo, se potencia el rol maternal que es transferido a todo tipo de relaciones, ofreciendo casi indiscriminadamente este

único rol. Como consecuencia, la mujer se siente atrapada en vínculos que, por una parte la refuerzan narcisísticamente al sentirse necesitada y por otra, la frustran e irritan, porque paralelamente registra el abuso en términos de explotación e intercambios no correspondidos. (González y Magos, 2012).

La autocrítica del Superyó por infringir los mandatos de género de docilidad, obediencia, complacencia para evitar conflicto, empatía y cuidado de los demás, tiñe el universo subjetivo femenino de culpa. Si sumamos el factor de la desvalorización que codifica la emocionalidad de la mujer que queda asociada a debilidad, descontrol y dependencia, la consecuencia directa será el autoreproche, culpabilización y descalificación, lo que conlleva una tendencia a la hipervigilancia sobre el estado de bienestar del vínculo, con aprehensión y temor siempre presente a la separación y a la pérdida. La interrelación de todos estos factores impacta la construcción de la subjetividad y el Superyó femenino, con sus poderosos efectos sobre el psiquismo de la mujer. (González y Magos, 2012).

La Codependencia en su forma estándar es más frecuente en mujeres, lo cual ocurre debido a una mezcla de factores culturales y biológicos. Las mujeres, tanto por convenciones sociales como posiblemente por su propia naturaleza, tienen una tendencia más pronunciada a la empatía y a la vinculación afectiva. El hombre sin embargo, tiene más accesible el camino de la desvinculación afectiva

de los demás, y por consiguiente de la hostilidad y el individualismo (aunque preservando la autoestima, al contrario del patrón que manifiesta la dependencia emocional). (Ibáñez, 2012).

En el caso de la codependencia, juega un papel fundamental la socialización de géneros. Así, se puede encontrar un predominio de mujeres codependientes, aunque la codependencia es un problema que pueden padecer ambos. (Ibáñez, 2012).

Beauty, (1987); Moral y Sirvent, (2007); Pérez y Goldstein, (1992); Scaturo et al., (2000), señalan que la codependencia ha existido siempre a modo de caracterización cultural del rol de madre en Occidente y, de manera específica, como atributo deseable de feminidad. El perfil de Andrómaca (Mitología Griega: simboliza el amor conyugal y filial frente a la crueldad de la guerra), se adecua más al estilo relacional del codependiente. En cualquier caso, la equiparación del amar con el sufrir y el sacrificar, signo patognomónico de la codependencia, tiene en Occidente profunda raigambre sociocultural y podría ser interpretada como la asunción estereotípica de un rol, el de la mujer como cuidadora (protectora, capaz de amar sin reservas, abnegada, complaciente, amante incondicional, con capacidad de renuncia altruista, etc.) lo cual forma parte del imaginario colectivo, de las representaciones sociales dominantes, de los roles estereotípicos de

género y de las tendencias actitudinales prevalentes. Beattie, (1987); Cereceda, (1996); Edmundson et al., (2000); Levinton, (1999); Moral y Sirvent, (2007). Citado en Jiménez, Sirvent, (2010). Codependencia y Heterocontrol relacional: El Síndrome de Andrómaca, p. 126.

Norwood, (1980), en su libro *“Las Mujeres que Aman Demasiado”*, refiere que las mujeres estamos programadas, tanto cultural como biológicamente, para amar, sostener, ayudar y consolar a los demás. En el caso de las mujeres se da de manera exagerada esta tendencia a sostener y cuidar los vínculos como extensión del rol materno mientras que los varones en esa situación en general rehúyen o delegan el cuidado y acompañamiento en otros familiares que son en general otras mujeres. Las mujeres adictas a las relaciones suelen ser mujeres que desde muy pequeñas ocuparon roles inadecuados para su edad y se hicieron cargo de sus hermanos o padres. Lo que hacen es elegir a alguien para cuidar y proteger como hubieran querido que hicieran con ellas. La prematura adultización tuvo como consecuencia la hiper-responsabilidad que presentan.

Según Nancy Friday, (1970), en su libro *“Mymother, Myself”* refiere que se crece con la idea de que el amor de una madre es diferente a otros tipos de amor, es un amor sacrosanto, fuera de cuestión. La madre intenta ofrecer una imagen ideal en la que la “maternidad perfecta” excluye a la mujer que hay en ella y a su

sexualidad. A las niñas se les enseña que el sexo es algo prohibido pero ellas perciben que sus madres lo practican, comprenden entonces que les están mintiendo. Por otro lado a las niñas se les enseña que su madre es una amiga a la que tienen que contarle todo, pero ellas saben que la madre no lo hace y que tiene “su secreto”. La relación madre-hija supuestamente basada en un vínculo de confianza es percibida por la niña como una manipulación ante la que no puede revelarse porque “el secreto” de su madre es tabú. Lo que la autora denomina “la mentira original” genera el resentimiento que la niña y la adulta en la que se convertirá tendrán a menudo hacia su madre.

Este resentimiento se proyectará más tarde en sus relaciones con su pareja en las que podrá sentirse querida y manipulada a la vez e incluso podrá interpretar la manipulación como algo normal a lo largo de su vida amorosa. (Sánchez, 2010).

En un estudio realizado por un grupo de profesionales de un proyecto Presidencial para Afrontar el Consumo de Drogas ‘RUMBOS’ en la ciudad de Bogotá, Colombia en el año 2002, se aplicaron instrumentos a un grupo de 301 personas de las cuales 151 eran personas que tenían algún familiar o pareja consumidor y las restantes fueron escogidas al azar. Se encontraron valores significativamente más altos en las mujeres en todas las variables medidas asociadas con codependencia. (Pérez, Delgado, 2002).

En México, se realizó un estudio donde se evaluaron los niveles de codependencia en las esposas de adictos al alcohol que asistían a los grupos de Al-Anón en la ciudad de Oaxaca, con objeto de aproximarse a dimensionar y otorgar realidad ontológica del fenómeno y poder sugerir medidas de afrontamiento efectivo en un programa de apoyo psicológico. Según los resultados, muestra que todos los sujetos examinados reportaron datos de codependencia hacia sus parejas alcohólicas, la gran mayoría con un nivel de codependencia leve y solo un 5% con un nivel de codependencia moderada. La sujeto con nivel de codependencia más alto (moderada) fue la más joven de edad (19 años) y de las dos con menos años de casadas (4 años). (Vargas- Hernández, 2012).

5.- CODEPENDENCIA DESDE LA INTERVENCION

Cuando el ser humano llega a la madurez fisiológica, psicológica y espiritual, se le considera un adulto, ya que es un individuo en un proceso más adelantado. Los adultos que no han logrado su sentido de identidad permanecen dependientes *“el adulto independiente es aquel que se hace responsable de su desarrollo emocional, funcional y financiero”*. (Rage, 1996), p. 78.

La codependencia es una forma de relacionarse inadecuada, que puede ser modificada si el afectado acepta la ayuda. Podría ser a partir de ir tomando el control de la propia vida, de pedir ayuda para dejar atrás el dolor de las heridas del pasado a través del crecimiento y del desarrollo de la autoestima, de la toma de decisiones con el apoyo de algún profesional en esta área para fortalecer a la persona codependiente a través de todo un proceso de sanación, esto, con la ayuda de estrategias y habilidades que permitan superar aquellas barreras que van obstaculizando el desarrollo personal, y mediante esto lograr un desarrollo proveedor de autoconocimiento de sí mismo, de responsabilidad, de decisión y de actitud positiva poseedora de alternativas viables para la restauración de sí mismo. (Zúñiga, 2007).

5.1.- Desde la Reparación o Rehabilitación:

5.1.1. Ámbito Individual

5.1.1. A.- Intervención Individual según Beattie

Beattie, (2000), hace mención de alternativas sanas para salir de la codependencia, y presenta como primer paso, dejar de lado aquellas situaciones que presentan sentimientos de negación, vergüenza y descuido personal. Es en este momento cuando el individuo es capaz de identificar que se encuentra en un

estado de codependencia; un segundo paso, es el cuidar de sí mismo después de haberse aceptado tal como se es.

La propuesta para la recuperación de la persona codependiente según Beattie, (2005) es:

- Asistir a grupo de apoyo que sea adecuado
- Trabajar el caso personal con un terapeuta, si esto es pertinente.
- Acudir a seminarios y talleres.
- Mantener una actitud de honestidad, de apertura y de disposición al intentar el cambio.
- Contener la frustración, la extrañeza y la incomodidad que implica cambiar.
- Relacionarse con otras personas en recuperación.
- Leer libros de meditación y otro tipo de literatura que ayude.

5.1.1. B.- Intervención Individual según Castelló

De acuerdo a la revisión de literatura se han utilizado intervenciones basadas en la Psicoterapia Focalizada y con elementos tomados del modelo integrador de Jorge Castelló, (2005), considera 6 dimensiones: biológica, psicodinámica, interpersonal, afectiva, cognitiva y conductual, centrándose

principalmente en las más afectadas en cada caso y con preferencia en las áreas psicodinámica, interpersonal y afectiva. Las pacientes tienen un rol activo que implica brindarle toda la información del trastorno que padecen y como se va a intervenir haciéndolas partícipe de todo el proceso de forma activa y con cierto control de su situación. Se propone una perspectiva integradora que según, Jorge Castelló, (2005), pasa por explorar y mejorar las áreas más relevantes del sujeto para este trastorno:

1.- El trabajo psicodinámico: se centra en intentar encontrar de qué pautas (en muchos casos provenientes de la infancia) deriva el comportamiento del dependiente, para que éste comprenda las causas, la lógica y la motivación de sus propios actos. (Castelló, 2005).

2.- La dimensión interpersonal: debe mejorarse mediante la restructuración de las formas patológicas de relacionarse con la pareja, los amigos, etc. Para ello debe tenerse en cuenta todo el marco teórico descrito anteriormente. (Castelló, 2005).

3.- En el aspecto afectivo: hay que trabajar la autoestima. La persona debe llegar a sentirse a gusto consigo mismo, ha de aprender a respetarse, valorarse y nutrirse. (Castelló, 2005).

5.1.1. C.- Intervención Individual según Cid

Cid, (2010), en su artículo llamado “La Dependencia Emocional, una visión Integradora” refiere los objetivos terapéuticos deben organizarse siguiendo un orden de prioridades:

En primer lugar el terapeuta debe centrarse en neutralizar la posibilidad de daño físico, sobre todo en casos en que la dependencia emocional curse con maltrato. (Cid, 2010).

En segundo lugar y siguiendo el paradigma del cambio conceptual, a través de preguntas de poder se debe detectar cuáles son las creencias implícitas de las personas con respecto a la propia valía, las concepciones sobre lo que es el amor, o sobre cómo debería ser una relación de pareja ideal, etc. (Cid, 2010).

En tercer lugar se promoverá la toma de conciencia de las concepciones e incoherencias que estén resultando autolesivas y que estén perpetuando el quedarse en una situación que genera sufrimiento; del mismo modo se debe intentar traer a la conciencia todo el contenido sumergido relacionado con el

patrón dependiente (incluyendo recuerdos provenientes de la infancia, pautas de crianza de los padres, bloqueos, etc.) (Cid, 2010).

En cuarto lugar se acompañará a la persona para que conecte con sus propios recursos y vaya encontrando durante el proceso maneras alternativas de concebirse a sí mismo y a sus relaciones. En esta fase el terapeuta puede ir proporcionando información relevante del patrón característico de la dependencia emocional. (Cid, 2010).

Finalmente se debe realizar un seguimiento (de tres a seis meses aproximadamente en sesiones espaciadas en el tiempo) de cómo la persona va llevando a la práctica todo lo tratado en terapia y de cómo va resolviendo los problemas e imprevistos que se van presentando en la práctica, generalizando las nuevas pautas más allá de la situación y de la persona presentes en el momento de inicio del proceso. El paciente se percató de la recurrencia de su patrón dependiente en las anteriores relaciones de pareja, por lo que ahora aplica de manera preventiva los conocimientos y habilidades adquiridos durante la terapia. (Cid, 2010).

En el proceso es fundamental la reconstrucción de la identidad dañada a través del fomento de la autoestima, reconocimiento de sentimientos y emociones, (“darse cuenta”) potenciación de habilidades relacionales, fortalecimiento del autoconcepto positivo y asertividad, promoviendo actitudes, opciones y comportamientos libres y auténticos. (Cid, 2010).

Las personas dependientes necesitan de los otros para conseguir lo que quieren. Las personas independientes consiguen lo que quieren gracias a su propio esfuerzo. Las personas interdependientes combinan sus esfuerzos con los esfuerzos de otros para lograr un éxito mayor. Si soy emocionalmente interdependiente, obtengo dentro de mí mismo una gran sensación de valía, pero también reconozco mi necesidad de amor, de darlo y recibirlo. Como persona interdependiente, tengo la oportunidad de compartirme profunda y significativamente con otros, y logro acceso a los amplios recursos y potenciales de otros seres humanos. (Cid, 2009).

La interdependencia es una elección que sólo está al alcance de las personas independientes. Las personas dependientes no pueden optar por ser interdependientes. No son lo bastante dueñas de sí mismas para hacerlo. Traspasar el camino de la dependencia a la interdependencia no es un tránsito fácil, es necesario repensar, volver a tocar los dolores, carencias y finalmente

responsabilizarse de uno mismo, de la autoestima, de darse lo que antes se cedía a los demás. (Cid, 2009).

5.1.1. D.- Intervención Individual según Gandolfo

Gandolfo, (2011), en su artículo “Adicción a las Relaciones y Codependencia en Mujeres”, propone los siguientes pasos:

1.- La estrategia: implica un contrato o compromiso terapéutico explícito. Desde el inicio se intenta relacionar la codependencia con el contexto revisando ordenadamente los vínculos interpersonales presentes y pasados, ya que la codependencia y la adicción a las relaciones es un estilo de vida y un patrón o manera de vincularse con el otro y con el mundo.

2.- Reconocer: la existencia de un problema, y de las emociones negativas o perturbadoras que experimentan y les impiden dejar la relación insatisfactoria. Se exploran los sentimientos asociados a la codependencia, tanto positivos como negativos y se analizan las ventajas y desventajas de esa relación.

3.- Desprenderse: emocionalmente de los problemas de los demás, entender que no hay motivo, aunque si miedo, a ser abandonado.

4.- Responder: con acciones y no únicamente con preocupación, renunciando al rol de víctima y al sentimiento de culpa (los adictos a las relaciones suelen sentirse responsables últimos de la adicción o del problema del otro).

5.- Centrar: la atención y la energía asumiendo la responsabilidad de su propia vida y no en la del otro. Se abordan las relaciones alteradas porque pueden encontrarse situaciones interpersonales en las que se den expectativas no recíprocas. Se renegocian las diferencias en su relación con el otro.

6.- Salir: del contexto o medio familiar, lo que implica recobrar la libertad de formar nuevos vínculos sociales sanos, amigos, trabajo, voluntariado u otros y realizar cambios activamente. Implica también explorar las posibilidades de un nuevo rol más autónomo y desarrollar nuevas habilidades para el desempeño del mismo.

7.- Finalización: de la relación terapéutica: se reconoce que este final es un periodo de separación y despedida. Se refuerzan los sentimientos de

independencia del paciente y su capacidad de estar dispuesto a abandonar y a ser abandonado.

5.1.1. E- Intervención Individual según Torella.

Torrella, (1993), en su libro *“Aprender a vivir”* hace mención de dos niveles o grados que regulan la conducta: El polo de la dependencia ambiental y el polo de la independencia o autonomía correspondiente a dos tipos de personalidades que encontramos en la edad adulta. La primera personalidad simboliza con el hombre “piloto” cuya personalidad es desarrollada independiente y autónoma, construye su vida y desarrollo personal a partir de adentro, es decir, los “hombres pilotos” son capaces de autodirigir y autoregular sus conductas responsablemente, así como valerse y dirigirse a sí mismos, planea y organiza por lo que tiene el control de sus impulsos emocionales. La otra personalidad, a diferencia del hombre piloto, es el hombre “robot” cuya personalidad es estancada, dependiente funcionalmente del ambiente externo, y se encuentra detenido en su desarrollo personal, ya que elige, decide y actúa por influencias externas reflejadas a partir de afuera, haciendo lo que se le ocurre impulsivamente sin metas, propósitos u objetivos.

Aquí Torrella, (1993), explica que la influencia social es un proceso de regulación externa y que hay dos modos de tratar o responder a esa influencia extrínseca: reflejándola pasiva, mecánica y productivamente, o elaborándola y reorganizándola activa y creativamente. Estos dos modos de comportarse con respecto a la influencia social corresponden a dos clases de hombres o estilos de vida.

- Vivir pasiva y reproductivamente, “a partir de afuera” (hombre robot)
- Vivir activa y creativamente “a partir de adentro” (hombre piloto).

Una característica de la salud mental y de la madurez psicológica es la de desarrollar la capacidad de dirigirse a sí mismo y de actuar con independencia y autonomía, esto se va a adquirir a través del aprendizaje del autocontrol emocional, siendo capaz de dominar y equilibrar la vida emocional, sin irse a los extremos perjudiciales, que según Torrella, (1993) son: La inhibición, el sobre-control o bloqueo emocional, impulsividad y el descontrol emocional.

Para ser piloto en la vida, según Torrella, (1993):

- Se debe alcanzar un autoconocimiento.

- Reconocer las potencialidades y los recursos con los que se cuenta.
- Establecer metas y objetivos de la propia existencia, organizando y proyectando el curso que se dará al camino y a la propia vida.

En la investigación documental se encontró algunos documentos bibliográficos de Terapia Transpersonal y Autoeficacia, que se incorporaron a esta Monografía.

Terapia Transpersonal: Según Eduardo Punset, (2007) en su libro “*El viaje al amor*” refiere que la psicoterapia es el mejor tratamiento y, entre sus tipos, la psicoterapia transpersonal”. La psicoterapia transpersonal permite un tratamiento integrador y holístico de todos los aspectos inherentes al ser humano, incluida su espiritualidad y el desarrollo de su consciencia. La psicoterapia transpersonal añade a las preguntas de poder típicas de la psicoterapia tradicional toda una serie de técnicas con las que se consiguen una apertura y una amplitud de miras mucho mayor que con la psicoterapia tradicional. La psicoterapia transpersonal crea un hábito de vida y redescubre y afianza unos recursos que son para siempre.

La Autoeficacia: es un constructo propuesto por Bandura, (1977), quien observó que las personas crean y desarrollan sus autopercepciones acerca de la propia capacidad de conseguir sus metas y controlar su ambiente.

Baessler y Schwarzer, (1996), consideran a la autoeficacia como el factor básico para el afrontamiento, siempre evaluamos nuestras acciones, pensamientos y sentimientos, buscando nuestras fortalezas y debilidades en los mismos. Se considera que las personas codependientes presentan niveles de autoeficacia disminuidos por lo que tratan de mantener las condiciones de dependencia, tanto de ellas mismas como de su familiar adicto, con la finalidad de mantener el entorno familiar disfuncional, ya que no pueden desenvolverse adecuadamente en un entorno familiar sano.

Este conjunto de creencias es importante para nuestro real funcionamiento y realización de la actividad humana, afecta a todos los niveles ejecutivos de la persona, desde los afectivos, motivacionales, hasta los cognitivos y racionales. En suma, la autoeficacia va a determinar nuestra performance adaptativa ante las diversas situaciones estresantes que enfrentamos día a día. (Baessler y Schwarzer, 1996).

Lo anterior descrito es la principal fuente de la Autoeficacia y es la que tiene una gran influencia en nuestro comportamiento. Todos juzgamos nuestros actos en función de los éxitos o fracasos obtenidos. Si algo que hacemos tiene éxito o buen resultado, aumentará nuestra autoeficacia; por el contrario, nuestros fracasos la disminuirán.

5.1.2. Ámbito Familiar

Si bien es cierto que la clave para la recuperación pasa por un intenso trabajo a nivel individual, no es menos cierta la decisiva influencia que en este sentido, tanto a nivel de recuperación, como de elemento de prevención, juega y ha jugado el sistema familiar. (Calvo y De Lucas, 2007).

Una evidencia incuestionable permite confirmar a las familias como un ámbito, muy importante, donde debe darse la intervención preventiva. El marco familiar, en el que se producen los grandes procesos de maduración de la persona en condiciones de relación afectiva y de autoridad, supone una oportunidad única de educación y prevención, a través del aporte de todos aquellos contenidos necesarios para la generación de conocimientos, actitudes y aptitudes para el desarrollo de comportamientos saludables. (Calvo y De Lucas, 2007).

Se habla frecuentemente de la codependencia, del proteccionismo, de la venganza, de la manipulación, etc., pero no damos estrategias de cómo, desde y en la familia pueden abordarse estas intervenciones para que esas alteraciones disminuyan o se puedan paliar, y más aún cuando aparecen nuevas patologías asociadas al consumo, nuevos pacientes; duales, triales y ahora entra un nuevo fantasma o más bien se descubre después de siglos de silencio: la violencia.

En sí, un mal de nuestra época, antiguo como la historia misma, que con la adquisición de los derechos mínimos de todos y todas las ciudadanas y ciudadanos apareció como algo a evitar de forma urgente. A lo largo de las últimas décadas ha comenzado a hacerse especial énfasis en los beneficios obtenidos de la consideración del sistema familiar como objeto de intervención en situaciones tales como la existencia de una enfermedad física crónica en uno de los miembros, familias con pacientes terminales, familias con enfermos mentales, y familias de alcohólicos y por extensión, otros drogodependientes. (Fuentes y Maya, 2001).

Aunque existe controversia al respecto del propio concepto y de si constituye una entidad diagnóstica clara o no, es frecuente encontrar, al menos, actitudes codependientes que pueden entorpecer el proceso de rehabilitación del paciente y/o la familia y que deben ser abordadas a fin de maximizar los resultados de éste. (Calvo y De Lucas, 2007).

En determinadas ocasiones, sin embargo, la participación de la familia no es posible y/o conveniente. Así, por ejemplo, en familias con alto grado de disfuncionalidad, familias muy desligadas, o familias que han perdido el contacto con el paciente, no siempre son buenas candidatas para la intervención familiar. (Washton, 1995).

Calvo y De Lucas, (2007), en el documento “Intervenir con Familias” refieren que el trabajo con familias conlleva diferentes tipos de intervención dependiendo de varios factores. Sin embargo, se pueden establecer pautas generales de denominación de intervención que son comunes en la mayoría de los casos y se definirían como:

1.- Acogida: establecimiento del primer contacto entre la familia y el recurso, generalmente caracterizado por elevados niveles de angustia. En este contacto se priorizan aspectos básicos de escucha activa y contención emocional, realizando generalmente una breve recogida de información (en muchas ocasiones de manera implícita) que permita una valoración inicial de la demanda. (Calvo y De Lucas, 2007).

2.- Valoración: Acerca de la problemática presentada por el paciente/familia y la relación actual y pasada entre ambos, teniendo en cuenta aspectos estructurales y relacionales. (Calvo y De Lucas, 2007).

Se exploran también otros aspectos tales como el grado de conocimiento de la problemática del paciente, su disponibilidad e implicación, dificultades familiares adicionales, etc. Especialmente importante en esta fase es la evaluación de factores que puedan exigir una intervención diferencial en uno o varios sentidos (familias monoparentales, familias pertenecientes a minorías étnicas, familias en situaciones de exclusión social, familias con problemáticas de salud física o mental

adicional, etc.). La valoración se lleva a cabo a través de entrevistas abiertas y cuestionarios semiestructurados y culmina con el establecimiento de una serie de objetivos enmarcados en un plan de intervención. Algunos de estos objetivos pueden ser comunes a todas las familias, en tanto que otros dependerán de las características particulares de cada situación familiar.

3.- Información General: adecuada acerca de las drogas, los problemas de drogas, el proceso de rehabilitación, y los tratamientos disponibles. Se trata generalmente de intervenciones puntuales que se llevan a cabo con familias que contactan inicialmente con el recurso para recabar información sobre tratamientos. (Calvo y De Lucas, 2007).

4.- Información Específica: acerca de la evolución del paciente en el tratamiento, incluyendo asistencia a las citas, adherencia al tratamiento, resultados analíticos y pronóstico. Todas las familias atendidas cuentan con este servicio. En determinados casos se tratará del servicio básico recibido por aquellas familias que muestran una implicación escasa o moderada debida a sus características biopsicosociales (distancia geográfica, edad avanzada, problemática adicional, dificultades de movilidad, incompatibilidad horaria por trabajo, etc.) (Calvo y De Lucas, 2007).

5.- Orientación: o intervención destinada a dar pautas mínimas acerca de la relación con el paciente adicto y fomentar la adherencia al tratamiento. Del mismo

modo que sucede con la información específica sobre el tratamiento, se trataría de familias con implicación moderada debida a sus características biopsicosociales, o bien, familias cuyo paciente índice, no se encuentra en tratamiento y solicitan orientación acerca de cómo proceder para implicarle en el mismo. (Calvo y De Lucas, 2007).

6.- Intervención Familiar Individual: Los contenidos trabajados, marco teórico de referencia y objetivos propuestos pueden variar en función de la evaluación del sistema familiar, tiempo disponible, grado de formación del profesional, etc., e incluyen generalmente sesiones con diferentes miembros de la familia, tanto de manera conjunta como separada. Destacaremos desde estas líneas la importancia (tanto en esta modalidad como en la grupal) de la psicoeducación, la modificación de conducta, y la reestructuración cognitiva, sin dejar de considerar la relevancia de otros aspectos como los de corte sistémico. (Calvo y De Lucas, 2007).

7.- Intervención Familiar Grupal: tal como grupos psicoeducativos y de desarrollo de habilidades (generalmente estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, manejo de emociones negativas, etc.), grupos de expresión emocional, grupos de apoyo mutuo (supervisados o no por un facilitador), terapia familiar grupal, etc. (Calvo y De Lucas, 2007).

8.- Intervención Social: apoyo en trámites e información y orientación de ayudas sociales tanto para las familias como para los pacientes. Además se valora la relación familiar con el entorno próximo (tipo de vivienda, barrio, vecindad, recursos socioeducativos, sanitarios, comerciales etc., relaciones sociales, nivel sociocultural) y se ofrecen alternativas viables. (Calvo y De Lucas, 2007).

5.1.3.- Ámbito Grupal

Los grupos de autoayuda propiamente dichos están constituidos y dirigidos por personas que se enfrentan a una problemática o circunstancia común; en el caso que nos ocupa, ser familiar de una persona afectada por un trastorno por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas. Los grupos de autoayuda comparten muchas de las ventajas ligadas a las intervenciones grupales dirigidas por un profesional de forma más o menos estructurada; así, reducen el sentimiento de soledad, favorecen el desarrollo de habilidades y el aprendizaje por observación, facilitan la construcción de una red de apoyo, potencian la toma de conciencia acerca de sus propios problemas y la manera de afrontarlos, etc., desde un recurso de atención a las conductas adictivas, puede favorecerse la puesta en marcha de un grupo de autoayuda independiente o facilitado por un profesional que, sin llegar a ejercer un papel de coordinador/director, apoye la formación y funcionamiento del grupo y garantice el mantenimiento de una

dinámica grupal adecuada y de un clima emocional constructivo. (Calvo y De Lucas, 2007).

La recuperación de una adicción a una relación implica conseguir ayuda de un grupo de apoyo adecuado a fin de quebrar el ciclo de la adicción y de aprender a buscar sentimientos de valor propio y bienestar en otras fuentes, no en un hombre incapaz de fomentar esos sentimientos. La clave radica en aprender a vivir una vida sana, satisfactoria y serena sin depender de la otra persona para ser feliz. (Norwood, 1980).

Según el Instituto de autoayuda en adicciones, GABA (Grupo de Autoayuda Bonarense), Argentina, Institución donde se interviene con personas codependientes, refieren que estos grupos se trabajan especialmente los siguientes temas:

- El reconocimiento de la propia enfermedad y de que la vida de uno está fuera de control.
- La aceptación de la necesidad de pedir ayuda de un tratamiento.
- El reconocimiento de las propias imperfecciones.
- Aprender a tratarse con respeto.
- La autoconfianza y la autoafirmación.
- Autoestima.

- El establecimiento de límites.
- La asunción de los propios deseos y necesidades.
- Elaboración de proyectos propios.
- Reconstrucción del sistema de valores.
- El desprendimiento emocional.
- Prevención de recaídas.

5.2.- Intervención preventiva y promocional.

Como se pudo establecer en esta monografía, es altamente relevante el tema del vínculo y el apego, ya que según el material encontrado, éste determina las futuras relaciones que tendremos y que hace que éstas sean sanas o no. Para esto, una manera de prevenir la codependencia es trabajar desde la infancia motivando el establecimiento de vínculos adecuados y pautas de crianza con igualdad de género.

En este sentido, se ha incorporado el Sistema de Protección Chile Crece Contigo, que está instalado a Nivel País, y que su enfoque es la intervención en materias de reforzamiento de vínculo y apego como forma de procurar relaciones sanas en el futuro de acuerdo a lo vivenciado en los primeros años de vida del ser humano. Se trabaja con los padres desde la gestación hasta que los niños y niñas ingresan a edad pre escolar.

Es posible observar que en la literatura encontrada, también se incorporó la visión de género como concepto relevante de la pertinencia cultural de prácticas que podrían fomentar la codependencia. En la cultura de una sociedad se originan las creencias que presentan como algo natural la división sexual del trabajo, la dicotomía público- privado, los roles estereotipados, la supremacía masculina sobre lo femenino, la maternidad como condición esencial de lo femenino, etc. que dan lugar a relaciones desiguales que favorecen la instalación de la violencia de género y las distintas manifestaciones de inequidad entre mujeres y hombres. (www.crececontigo.cl).

La socialización con identidad de género comienza antes de nacer. La tecnología actual, permite conocer el sexo antes del parto y las familias comienzan a elaborar expectativas diferentes, según se trate de un niño o de una niña. El Programa en mención también incorpora estrategias de inclusión de género, en las diferentes intervenciones que se detallaran a continuación:

El Sistema de Protección a la Infancia “Chile Crece Contigo” entrega a los niños y niñas un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades y apoyan su desarrollo en cada etapa de su crecimiento.

Este Sistema de Protección generó una serie de intervenciones de las cuales se promueve el vínculo y el apego seguro. Además de conductas de autocuidado y desarrollo biopsicosocial adecuado. Para esto se implementó estrategias y

técnicas para padres desde el momento de la gestación, que a continuación se detallaran:

1.- Evaluación Riesgo Psicosocial: En la etapa del 1° control prenatal, se aplica un instrumento para determinar los factores de riesgo presente en la gestante y su grupo familiar (EPSA: Evaluación Psicosocial Abreviada). Esta evaluación determina el nivel de riesgo que existe y de acuerdo a este diagnóstico se genera un plan de intervención para disminuir estos factores. (www.crececontigo.cl).

2.- Acompañamiento: En este proceso se motiva tanto el acompañamiento del padre en los controles pre- natales y controles de niño sano. Además, el equipo de salud realiza acompañamiento como forma de medir cambios. (www.crececontigo.cl).

3.- Visita domiciliaria Integral: Si la gestante y su grupo familiar presentase riesgo, se le realiza visita domiciliaria cuantas veces se estime conveniente, con el fin de apoyar de manera más cercana los procesos de cambios. Lo mismo ocurre una vez que nace el niño (a). (www.crececontigo.cl).

4.- Talleres para Padres:

Apego y Lactancia materna: Realización de talleres de Apego para padres y madres durante el proceso de gestación en los Centros de Salud a nivel País.

Objetivo: Fomento y motivación del vínculo afectivo.

Durante sus primeros años el niño o niña irá desarrollando fuertes vínculos de afecto con las personas que están a su alrededor. El Apego es un tipo especial de vínculo afectivo, que no sólo tiene que ver con el cariño que se les entrega a los niños sino especialmente con la manera en que uno los puedes acoger, contener y calmar cada vez que sienta malestar. Las investigaciones nos han mostrado que este vínculo de apego es muy importante para el desarrollo del niño o niña, ya que es una necesidad biológica tan importante como comer o respirar. Tal como la leche es esencial para la sobrevivencia del niño (a) y pueda crecer, el apego es esencial para que su cerebro pueda desarrollarse en todo su potencial. A pesar de que los vínculos de apego se siguen construyendo y consolidando a lo largo de toda nuestra vida, los primeros años son un período especialmente importante para su desarrollo. Estos vínculos de apego iniciales serán una guía para las relaciones que el niño o niña establezca en el futuro y tendrán importantes implicancias en los sentimientos de seguridad, autoestima y capacidad para enfrentarse al mundo que desarrolle el niño(a). (www.crececontigo.cl).

Rol del Padre: Realización de talleres de Roles para padres durante el proceso de gestación en los Centros de Salud a nivel País.

Objetivo: Fomentar y motivar la participación activa del padre durante todo el proceso de gestación y los primeros años de vida del niño o niña, con el fin de

aumentar el vínculo con éstos y el cumplimiento adecuado de rol parental. La llegada de un nuevo hijo o hija a la familia es un hecho que altera la rutina de todos los integrantes de familia. Debe existir un apoyo desde el hombre tanto hacia el niño o niña como hacia la mujer, con el fin de evitar sobrecarga en ésta. Además es importante destacar que mientras el padre establezca contacto desde más temprano con el niño (a), más vínculo y cercanía tendrá con éste (a). (www.crececontigo.cl).

Desarrollo y Estimulación: Realización de talleres de Desarrollo y Estimulación para padres, durante los primeros años de vida.

Objetivo: Entregar pautas que promuevan la seguridad en los infantes que permitan un adecuado desarrollo de la autonomía.

El tiempo que la familia le dedica al niño o niña y la forma en que interactúan, influye directamente en su desarrollo y bienestar. Es importante darle atención y cariño mientras se alimenta, muda y lleva en brazos al hijo o hija, ya que le transmitirán seguridad. Los niños conocen el mundo que le rodea a través de los sentidos. Jugar con distintas sensaciones, como olores, colores, formas, texturas o sabores, activa distintas áreas del cerebro entregando información para el desarrollo sensorial, cognitivo y de la imaginación. (www.crececontigo.cl).

Pautas de Crianza: Realización de talleres de Pautas de Crianza para padres, durante los primeros años de vida.

Objetivo: Entregar conocimiento respecto de estrategias que promuevan el control social adecuado en los niños y niñas, incorporando conceptos de igualdad de género. El que comprenda y aprenda las reglas y límites que como familia nos parecen necesarias, depende mucho de la manera en que se les enseñe.

En este período el hijo o hija ya está perfeccionando sus habilidades para explorar y conocer el mundo que lo rodea, aprendiendo de cada experiencia que tiene. Este aprendizaje incluye ir conociendo poco a poco las cosas que puede y no puede hacer, y lo que los adultos consideran adecuado o inadecuado en su comportamiento. Por último, se deben desarrollar talleres que incorporen una nueva visión de los cambios culturales que se viviendo hoy en día. Incluir el concepto de cooperación y ayuda mutua, la socialización del rol de género a través del aprendizaje, siendo éste el medio para transmitir valores, actitudes y reglas. (www.crececontigo.cl).

5.- Consejerías Familiares: Durante este proceso es posible realizar consejerías individuales y familiares, con el fin de apoyar la gestación o la etapa de crianza. (www.crececontigo.cl).

6.- Aplicación de instrumentos de evaluación Escala de Apego: Massie y Campbell: Desarrollo Psicomotor y Escala de Depresión post parto: Edimburgo. (www.crececontigo.cl).

7.- Programa “Nadie es Perfecto”: es un taller para fomentar las habilidades de crianza en padres, madres y cuidadoras(es) de niños/as de 0 a 5 años. Consiste en encuentros grupales o asesorías personales, dirigidos a compartir experiencias de crianza en familia, aprender de otros y recibir orientaciones en problemas frecuentes para fortalecer el desarrollo de niños y niñas. (www.crececontigo.cl).

El taller es realizado por un profesional entrenado como Facilitador, quien maneja la metodología de Nadie es Perfecto. Este taller es de índole promocional ya que sus usuarios son familias que no presentan factores de riesgo o los presentan de forma leve. Los talleres que contempla son: Comportamiento, Seguridad y Prevención, Padres y Madres y/o Cuidadores, Desarrollo Mental y Desarrollo físico. (www.crececontigo.cl).

CONCLUSIONES

Como se pudo evaluar en el transcurso de ésta investigación, la Codependencia no puede ser analizada como un simple concepto, sino una de las problemáticas más frecuentes en la salud emocional que impacta de manera negativa el sistema de relaciones sociales, familiares e interinstitucionales.

Las conclusiones en esta monografía fueron ordenadas y descritas de acuerdo a los propósitos planteados:

Conocer teóricamente sobre la Codependencia, sus características e implicancias en la Salud Mental de los individuos:

Los datos producidos por medio de éste análisis muestran una urgente necesidad de continuar estudiando el trastorno de Codependencia que genera problemas de salud mental, que en las últimas décadas se ha ido acrecentando, dado los nuevos desafíos de la sociedad, la rápida evolución de las dinámicas, los cambios culturales y la modificación de las estructuras de interacción colectiva y de los referentes sociales, han determinado que la familia aparezca como sujeto de atención, como depositarias de necesidades en sí mismas, sin embargo aunque el fenómeno de la codependencia ha sido aceptado en el ámbito clínico y definido teóricamente en la literatura llegando incluso a proponerse que se incluya

en los manuales diagnósticos estandarizados (OMS, 1994) las investigaciones a nivel mundial, así como los instrumentos que se han diseñado para medirla son escasos pese a la importancia que tendrían en el ámbito clínico para la asistencia en Centros de Salud.

De acuerdo a la investigación realizada la codependencia representa un problema esencial de la salud mental en nuestra sociedad y es un concepto multidisciplinario. Es por ello que no se entiende la falta de estudios en nuestro país respecto del tema y sus consecuencias, además de no formar parte de los programas de salud mental e intervenciones psicosociales, ni entrenamiento a los profesionales de la salud, quienes también están expuestos a desarrollar codependencia.

En la investigación documental de esta monografía, no se encontró bibliografía o antecedentes de investigación en Chile que dieran cuenta de la existencia de estudio de este fenómeno a nivel nacional. No obstante, los antecedentes epidemiológicos, avalan el aumento sostenido de las adicciones y problemas de salud mental en Chile a partir de la década de los 80.

Se considera importante conocer la realidad local, con el fin de ir incorporando a los equipos de salud nuevos conocimientos y herramientas que les permita mejorar la intervención, ya que no se encontró información que señale que

la codependencia es trabajada por parte de los programas de salud mental e intervenciones psicosociales en el territorio nacional.

En el abordaje de este tema encontramos conceptos que dan cuenta de las características, signos y síntomas de la codependencia, que comparten semejanzas con las adicciones químicas. Estos signos y síntomas son considerados en las evaluaciones clínicas, pero aún no forman parte de las descripciones de cuadro de salud mental o de tipo psiquiátrico. Sin embargo, en algunos países de Latino América, se interviene en Codependencia como una pieza fundamental en la ayuda de la recuperación del adicto químico.

Un factor que delimita las características del codependiente es la cronología del proceso. El terapeuta al momento de evaluar el alta de adicto químico, deberá evaluar la pertinencia del alta del codependiente, ya que no necesariamente superan la problemática al mismo tiempo. Esto quiere decir, que no por el simple hecho de que el adicto se rehabilite, el codependiente, también lo hará. Es importante recordar que este fenómeno se puede generar por pautas de relaciones inadecuadas en edad temprana y que la forma de relacionarse actualmente va a permanecer si no se interviene.

También es importante la promover la resiliencia como factor que contribuya a generar comportamientos que generen la interdependencia, para lo

cual es indispensable tener en cuenta el nivel de desarrollo de la persona, su género y el contexto sociocultural en el cual se encuentra.

Conocer cómo influye el funcionamiento familiar en la Codependencia.

La familia es la institución formadora de la personalidad de sus nuevos miembros, es muy importante ya que es a través de un ambiente familiar disfuncional, que puede desarrollar en los hijos codependencia.

La codependencia se sustenta en la teoría de sistema aplicada a la familia, lo que implica que cuando existe un miembro de ésta afectado por alguna adicción, existe el riesgo de que al menos uno de su grupo familiar presente características codependientes.

Cuando un individuo, presenta antecedentes de fallo en el vínculo en la edad temprana, y además se encuentra inserto en una familia con patrones culturales con inequidad de género, está propenso a ser codependiente.

Las prácticas de crianza influyen directamente en el tipo de relación que mantenemos actualmente con nuestro medio y las que se formarán a futuro. Esto influye de manera importante, ya que vamos adquiriendo pautas de

comportamientos que aumentan o disminuyen nuestra competencia social para relacionarnos con el entorno. La evidencia incuestionable encontrada en ésta investigación, permite confirmar a las familias como un ámbito, muy importante, donde debe darse la intervención preventiva. El marco familiar, en el que se producen los grandes procesos de maduración de la persona en condiciones de relación afectiva y de autoridad, supone una oportunidad única de educación y prevención, a través del aporte de todos aquellos contenidos necesarios para la generación de conocimientos, actitudes y aptitudes para el desarrollo de comportamientos saludables. El trabajo necesario con familias es la modificación de conductas, reestructuración cognitiva, y aspectos sistémicos relacionales.

Definir cómo influye el vínculo y las relaciones tempranas en la génesis de la Codependencia.

Se puede concluir que la codependencia se origina a través del fallo en el vínculo y en las necesidades no satisfechas sobre todo por parte de la madre con el infante, esto podría generar inadecuadas relaciones interpersonales en el futuro, ya que ésta situación provoca inseguridades en la personalidad de los individuos, haciendo que desconfíe de sus relaciones con el medio. Es por esto, que se hace necesario crear consciencia, generar y mantener estrategias que ayuden a fortalecer los vínculos afectivos adecuados en los primeros meses de vida. Por

esto, es recomendable los programas psicosociales que fortalezcan el vínculo y potencien el apego madre e hijo, con el fin de prevenir este tipo de conductas, que menoscaben la salud mental de las personas.

Describir la Codependencia desde la perspectiva de género y cómo influye en el desarrollo y mantenimiento del fenómeno.

De acuerdo a la información recabada la codependencia es un problema que se ha ido acrecentando en las sociedades y culturas latino americanas que trasmite culturalmente pautas de interrelaciones sobre todo entre hombres y mujeres que promueve inequidad de poder entre los géneros, porque impide el establecer relaciones sanas de pareja, siendo el riesgo más alto de desarrollo de codependencia las mujeres dada las trasmisión cultural. La información encontrada el factor de riesgo más alto para desarrollar codependencia fue desde la teoría de género en donde las mujeres son sumisas por una trasmisión familiar, cultural y social, que se va transmitiendo de generación entre padres e hijos, dado que las manifestaciones de codependencia, están íntimamente ligadas con las sociedades a las que se pertenece y al entorno familiar en se crece, existiendo una clara relación entre los estilos parentales y el desarrollo de la codependencia,

Por efecto de los condicionantes tanto biológicas como socioculturales que han acompañado y aún acompañan la variable género, la mujer está más propensa a adquirir codependencia. De acuerdo a la revisión realizada es posible inferir que dependiendo de los cambios en los patrones sociales, jurídicos y culturales, ésta tendencia podría revertirse.

Según la bibliografía encontrada, la codependencia podría asentarse en la socialización que se da al interior de la familia cuando se es pequeño. La diferenciación de roles inicia el camino cultural de cómo debe actuar una persona, y de ahí es que los patrones de comportamiento se repiten. Es de suma importancia que se eduque a los infantes con una mirada de igualdad de rol de género, involucrando al padre en los cuidados y crianza de estos y haciendo menos notaria la brecha entre hombre y mujer.

Conocer las intervenciones aplicadas en los codependientes y aquellas que nos permitan prevenir este fenómeno.

La codependencia debe ser intervenida por equipos preparados para entender que la Codependencia es un proceso que involucra diversos actores sociales y que tiene un estilo de vida que impacta de manera negativa la

comunicación intrafamiliar y comunitaria, generando un reajuste en el modo como se interpretan, sus causas y consecuencias. Un adecuado proceso de rehabilitación debe incluir a la familia, por tal motivo también implica un cambio en modo paradigmático como se analiza la Codependencia la cual es “uno de los rasgos más fuertes que y con mayor crudeza señala al mundo actual es el fenómeno de las problemáticas asociadas a las adicciones.

Es importante, valorar la existencia a nivel nacional, del sistema de protección social a la primera infancia, Chile Crece Contigo, que permite el desarrollo de acciones preventivas y promocionales basado en la mejor evidencia disponible para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial integral de niños y niñas, así como también acciones que permiten la detección temprana de los déficit y rezagos que se pudiesen presentar en éste período y la intervención oportuna de problemas del desarrollo. Éste sistema reconoce y fomenta el apego seguro a través de los diferentes instrumentos de evaluación y seguimiento, aplicados en las atenciones de niños y niñas a lo largo de su ciclo vital.

BIBLIOGRAFIA

1. ABALA, C.; SALINAS, I. 2004. Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud, Santiago: Universidad de Chile, INTA, p. 50-56.
2. ABBOT, S. 1985. Codependency, a Second Hand Life. Center City Minesotta: Hazelden.
3. ALVARADO, S. 2000. La Codependencia y la familia Adictiva. Artículo online www.crublap.org/html/codependencia.html.
4. ALLEN, J. P., KUPERMINE, G & BELL, K. 1998. Attachment and adolescent psychosocial functioning Child Development, 69, p. 1406-1419.
5. ARCE, M. L. 1995. El proceso de socialización y roles en la familia teoría y metodología para intervención en familia san José universidad nacional de Costa Rica: p. 32-5.
6. ANDREU, A. 2002. Las Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Investigador Senior Fundación Centro Estudios Andaluces. Profesor Titular Departamento Sociología Universidad de Granada.
7. BARBER, B. K. 1992. Family, personality and adolescent problem behaviors. Journal of Marriage and the Family, p. 54, 69-79.
8. BAUMRIND, D. 1991. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. Journal of Early Adolescence, p. 56-95.
9. BEATTIE, M. 1987. Codependent no More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself. Center City Minesotta: Hazelden.
10. BEATTIE, M. 1998. Co-dependência nunca mais. 2. ed. Rio de Janeiro: Distribuidora Record de Serviços de Imprensa S.A.
11. BEATTIE, M. 1989. beyond Codependency. Pleasant Valley Road, Minesotta: Hazelden.
12. BECNELL, B. 1991. The Codependent Parent. New York: Harper Collins.
13. BISCARRA, A.; FERNÁNDEZ, G. 2010. Codependencia: El lado oculto de los trastornos Adictivos. Sumario Año 17 - Nexos 27.

14. BLACK, C. 1981. Children of alcoholics as youngster-adolescents-adults: It will never happen to me. New York: Ballantine Books.
15. BRADSHAW, J. 1990. Homecoming: Reclaiming and Championing Your Inner Child-(Bantam).
16. BOWLBY, J. 1969. Attachment and loss: attachment. Nueva York: Basic Books.
17. BOWLBY, J. 1973. Attachment and loss: Separation, Anxiety and Ager. Nueva York: Basic Books.
18. BROWN, S., & LEWIS, V. 1995. The alcoholic family: A developmental model of recovery. En: S. Brown (Ed), Treating Alcoholism. San Francisco: Josey Bass.
19. BROWN, S. 1996. Adult children of alcoholics: An expanded framework for assessment and diagnosis. In S. Abbott (Ed.), Children of alcoholics: Selected readings Rockville, MD: NaCoa, p. 41-77
20. BUSTOS, 1994. Revista cubana Med Gen Integr2000; 16(6): p. 568-73.
21. CALVO, H.; BOTELLA, A.; DE LUCA, A 2007. Intervención con familias desde los Centros de día.
22. CARRUTH, B. & Mendenhall, W. 1989. Codependency: Issues in Treatment and Recovery. London: Haworth Press.
23. CERMAK, T. 1986. Diagnostic Criteria for Codependency. En: Reference Guide to. Addiction Counselling.
24. CLEVELAND, M. 1987. "Treatment of codependent women through the use of mental imagery". Alcoholism Treatment Quarterly. 4, 1: p. 27-40.
25. COCORES, A. J. 1987. "Co. Addiction. A silent epidemic". Psychiatric Letter. Fair.
26. DEAR, G. E. & ROBERTS, C. M. 2002. The relationship between codependency and femininity and masculinity. Sex Roles: A Journal of Research, Alemania, v. 46, p. 159-165.
27. DE LEÓN, A. 1998. Violencia y Sexualidad 1° edición habana editorial, científica técnica, p. 113-33.

28. DONALDSON, S. Y.; PRESSMAN, R. M. 1994. The Narcissistic Family. Lexington Books. New York.
29. EDMUNDSON, R., BRYNE, M. & RANKIN, E. D. 2000. Preliminary outcome data on a model treatment group for codependence. Alcoholism Treatment Quarterly, p. 28, 93-106.
30. ESCAMILLA, M. Codependencia.
www.susmedicos.com/art_codependencia.htm.
31. FRIEL, J.C.; FRIEL, I. L. 1998. Adult children. The secrets of dysfunctional families. Deerfield Beach Florida. Health Communications, Inc. p. 157.
32. FRIEL, J.C.; FRIEL, I. L. 1988. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. XVII, 64: p. 627-648.
33. FOSUM, M. A. Y MANSON, J. M. 2003. Familias adictas y abusivas en recuperación. Editorial Pax México.
34. FUERTES, M. C. Y MAYA, M. U. 2001. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas Anales Sis San Navarra; 24 (Supl. 2): p. 83-92.
35. GANDOLFO, S. 2011. www.Psicologia.com.
36. GANDOLFO, S. 2011. Adicción a las relaciones de pareja revista psicologica.com.
37. GAYOL, 2007. Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista. p. 122.
38. GÓMEZ, S. A "ET AL". 1998. Aspectos cognitivos de la codependencia: un estudio comparativo. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. p. 181-183.
39. GUEVARA, W. 2002. La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento.
40. GUEVARA, G. 2002. Codependencia esa Adicción Oculta Publicado en Revista Española de drogodependencias, Vol. 24, N°4 p. 401-425.

41. GIERYMKI, T.; WILLIAMS, T. 1986. "Codependency". Journal of Psychoactive Drugs. 18, 1: p. 7-13.
42. GÓMEZ, M. N.; BOLAÑOS, C.; RIVERO, M 2000. 1er. Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones. Madrid. Fundación Instituto Spiral. p. 42-43.
43. GONZALES, O. A., & MAGOS, M. 2012. La dinámica familiar como génesis de la codependencia. Revista de Psicología GEPU, 3 (1), p. 263 – 281.
44. HAAKEN, J. 1990. A Critical Analysis of the Co-Dependence Concept. Psychiatry, 53, p. 396-406.
45. HAAKEN, J. 1993. From Al-Anon to ACOA: "Codependence and the reconstruction of caregiving". Sings: Journal of Women in Culture and Society. 18, 2: p. 321-345.
46. HARPER, J., & CAPDEVILA, C. 1990. Codependency: A Critique. Journal of Psychoactive Drugs, 22, p. 285-291.
47. HERNÁNDEZ, 2006. Acerca de Género como categoría analítica Revista nómada: revista critica de ciencia social y jurídica www.ucm.es
48. HEREDIA, R. 1999. Codependencia esa Adicción Oculta, Revista Española de Drogodependencias, Vol. 24, N°4, p. 401-425.
49. HERRERA, S. P. 1997. Familia funcional y disfuncional: un indicador de salud. Revista Cubana Med. Gen Integr.
50. HERRERA, P. 2000. Rol de Género y Funcionamiento Familiar. Santi, revista cubana gvs.sld.cu.
51. HUGHES – HAMMER, C.; MARTSOLF, D. S., & ZELLER, R. A. 1998. Depression and codependency in women. Archives of Psychiatric Nursing, 6, p. 326 – 334.
52. HURTADO, M. 2007. "Tipos de Apego y Amor en la mujer infiel. Universidad Autónoma metropolitana.

53. IBÁÑEZ, L. 2012. La familia y la codependencia en trastornos adictivos.
54. IZQUIERDO, F. 2002. Codependencia y Psicoterapia Interpersonal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Versión impresa issn 0211-5735.
55. JACKSON, J.K.; KOGAN, K. L. 1963. "Personality disturbance in wives of alcoholics". Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 24: p. 227-283.
56. JAUREGUI, I. 2000. "Codependencia y literatura. La codependencia en la antigüedad clásica". Revista Española de Drogodependencias. 2000. 25, 4: p. 452-477.
57. KREUZ, A. 1997. La teoría sistémica y las drogodependencias: el rol de las familias en la prevención. En J. Escámez (Ed.). Prevención de la Drogadicción.
58. KRISTSBERG, W. 1985. The adult children of alcoholic's syndrome. New York: Bantam Books.
59. LAFOND, C. 1999. "La mythmod' Echooul' imposible sujet". Revue Française de Psychoanalyse.6: p. 1639-1644.
60. LAWTON, M. 1990. The Search for Definition. En: The Addiction Letter. Vol. 6, N°. 8.
61. LAWLOR, E. M. 1992. Creativity and change: The two-tiered creative arts therapy approach to co-dependency treatment. The Arts in Psychotherapy. 19: p. 19-29.
62. LERNER, R. 1988. Boundaries for Codependents. Center City, Minesotta: Hazelden.
63. MCKAY, J. R. 1996. Family Therapy Techniques. En: F. Rotgers, D. Keller & J. Morgenstern (Eds), Treating Substance Abuse: Theory and Technique. New York: Guilford Press.
64. MANSILLA, F. 2001. Codependencia y Psicoterapia Interpersonal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría *versión impresa* ISSN 0211-5735 Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.81.
65. MANSILLA, F. 2002. Un Enfoque de la Codependencia. 3º congreso Virtual de Psiquiatría.

66. MARGOLIS, R. D. & ZWEBEN, J. E. 1998. Treating Patients with Alcohol and Other Drug Problems: An Integrated Approach. Washington D.C.: American Psychological Association.
67. MARTINS, R.; MENÉNDEZS. 2001. Depresión y/o codependencia en mujeres: con necesidad de un diagnóstico diferencial, n.34 p. 125-145.
68. MARTINS, R.; MENÉNDEZS. 2011. Codependencia y sus instrumentos de evaluación: Aval. psicol. vol.10, n.2 p. 139-150.
69. MAY, D. 1994. Codependency: Powerloss Soullos USA. Wahles Tales Press and Paulist Press, Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría.
70. MELLODY "ET AL". 2004, La Codependencia. Aprende a hacerle frente. Barcelona: Paidós.
71. MÉNDEZ. A. 2008. La Influencia de la Codependencia en familias con un miembro adicto a la cocaína. Tesina para obtener el Título de Licenciada en Psicología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Psicología
72. NERY, A. 2008. Relación Afectiva de Mujeres con un Esposo Alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud Revista de Enfermagem, vol. 12, núm. 4, Universidad de Federal do Rio de Janeiro, Redalyc Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
73. NORWOOD, R. 1996. "Las Mujeres que Aman Demasiado", Javier Vergara Editor, Buenos Aires.
74. NORIEGA, G. 2004. Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia: Un guion de vida transgeneracional. Revista de Análisis transaccional y Psicología Humanista.
75. O'BRIEN, P. E.; GABORIT, M. 1992. Codependency: A disorder separate from chemical dependency. Journal of Clinical Psychology, US, v. 48, n. 1, p. 129-136.
76. OJEDA, A. 1998. La pareja: apego y amor. Tesis de Maestría. unam.
77. PAPALIA, E. 2002. Psicología del Desarrollo Humano de la infancia a la adolescencia.

78. PEELE, S. 1990. *Anti-Misbehavior in The Sciences*. New York: The New York Academy of Sciences, p. 14-21.
79. PEELE, S.; BRODSKY, A. 1975. *Love and addiction*. New York. Signet.
80. PÉREZ, A. & GOLDSTEIN, S. 1992. *La Codependencia Como Entidad Clínica en el Área de la Drogadicción*.
81. PÉREZ, A.; DELGADO, D. 2002. *Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento* *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 3, p. 381-387.
82. PÉREZ, A.; DELGADO, D. 2002. *La Codependencia en Familiares de Consumidores y no Consumidores de sustancias psicoactivas*, *Psicothema*, 2004. Vol. 16, nº 4, p. 632-638.
83. PREST, L. A.; STORM, C. 1998. "The codependent relationships of compulsive eaters and drinkers: Drawing parallels". *The Journal of Family Therapy*. 16, 4: p. 339-350.
84. POTTER-EFRON, R. T., & POTTER-EFRON, P. S. 1989. *Assessment of codependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families*
85. PUNSET, E. 2007. *El viaje al amor*. Plaza de edición: Barcelona.
86. RAGE, E. 1996. *La pareja*. México: Plaza y Valdez.
87. RUBIN, Z. 1974. "From Living to living: Patterns of Attraction in Dating Relationships". En T.L. Houston (Ed). *Foundations of Interpersonal Attraction*. Nueva York: Academic Press.
88. RUIZ, J. y BLANCO, 2006. *La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención*.
89. SATIR, V. 1991. *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Mexico: Pax México.
90. SCATURO. D. J., HAYES, T., SAGULA, D. & WALTER, T. 2000. *The concept of codependency and its context within family systems theory*. *Family Therapy*, 27, p. 63-70.

91. STEINGLASS, P. 1994. Family Therapy: Alcohol. In: Galante, M & Kleber, H.D. (Eds.) Textbook of Substance Abuse. Washington, DC: Psychiatric Press, p. 315-329.
92. STEINGLASS, P.; BENNETT, L.; WOLIN, S.; & REISS, D. 1987. The alcoholic family. New York: Basic Books.
93. SÁNCHEZ, G. 2012. Dependencia Emocional Causas, trastornos, tratamiento.
94. SUBBY, R. 1984. Inside the chemically dependent marriage: Denial and manipulation. En J. Woititz, S.
95. TREADWAY, D. 1990. "Codependency: Disease, metaphor or fad?" Family Therapy Networker. 14, 1: p. 39-42.
96. THOMBS, D.L. 1994. Introduction to Addictive Behaviors. New York: Guilford Press.
97. TORRELA, G. 1993. Aprender a vivir. México: Nuestro Tiempo.
98. TURUGUET, D. 1992. Análisis Documental Revista Científica El Profesional de la Información.
99. VACCA, R. 1998. Los padres los hijos y la pareja del adicto: de la familia funcional a la disfuncional. Opción, Lima.
100. VACCA, R. 1999. "Psicopatología de la co-adicción". Facetas 4, 4: p. 73-112.
101. VARGAS, J. E. Y HERNÁNDEZ-HERRERA, 2012. La Codependencia en esposas de alcohólicos. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 6, Número 1, 2012. p. 25-29.
102. VALENCIA, C. Y DOMÍNGUEZ, M.D. 1995. Problemática familiar en patología adictiva. XXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 29-31 de Marzo. Santiago de Compostela.
103. VARGAS, M. 2007. Codependencia en mujeres que acuden al Policlínico p. 2.
104. VARGAS, J. E. Y HERNÁNDEZ, L. 2012. Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. Codependencia en esposas de alcohólicos. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 6, Número 1, p. 25-29

105. VICENTE, B.; RIOSECO, P.; SALDIVIA, S. 2002. Estudio Chileno de Prevalencia de Patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) Revista médica de Chile, p. 527, 536.
106. WASHTON, A. 1995. La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Paidós.
107. WEGSCHEIDER-CRUSE, S. Y WHITFIELD, C. 1984. Codependency: An emerging issue. Deerfield Beach. Florida. Health Communications, Inc. 1.
108. WEGSCHEIDER-CRUSE, S. 1981. Another chance: Hope and health for the alcoholic family. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
109. WITHFIELD, C. 1991. Codependence, healing the human condition. Health Communications. Inc., Florida.
110. WINNICOT, D.W. 1965. Maturation processes and the facilitating environment. 1965. New York. International University Press.
111. WRIGHT, P. H.; WRIGHT, K.D. 1991. "Codependency: Addictive love. Adjustive relating or both?" Contemporary Family Therapy. 13, 5: p. 47-63.
112. WRIGHT, P. H.; & WRIGHT, K. D. 1995. Codependency: Personality syndrome or relational process? In S. Duck & J. T. Woods (Eds.), confronting relationship challenges Thousand Oaks, CA: Sage, p. 109- 128
113. WRIGHT, P. H; & WRIGHT, K. D. 1999. The two faces of codependent relating: A research-based perspective. Contemporary Family Therapy, 21(4), p. 527-543.
114. WHITFIELD, C. 1991. Codependence: Healing the Human Condition. Deerfield Beach, Florida: Health Communications, Inc.
115. ZÚÑIGA, D. 2007. Codependencia Familiar. Tesina para obtener el grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología.
116. www.crececontigo.cl. Chile Crece Contigo.