



Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

Alcohol-Infórmate

www.alcoholinformate.org.mx

Características psicológicas de los conyugues de adictos al alcohol. Descripción de autoconcepto en mujeres cónyuges de consumidores de alcohol, según, la severidad del consumo

Carlos Eduardo González Cifuentes; Nubia Emilce Martínez Cuervo; Jesús E. Jaimes Osma

COLOMBIA

El presente estudio evaluó el autoconcepto de las mujeres cónyuges de consumidores problemáticos y no problemáticos de Alcohol, para tal fin se utilizaron dos instrumentos:

La variable de agrupación, severidad del consumo, fue medida por una adaptación del cuestionario CID de evaluación del Alcoholismo realizada por los investigadores, de esta forma se midió indirectamente la severidad del consumo del cónyuge.

La variable de interés: el autoconcepto se midió mediante la escala de autoconcepto incluida en el cuestionario de autoesquemas (C.I.E). del Centro de Estudios Avanzados en Psicología Cognitiva (C.E.A.P.C). Se seleccionó una muestra de 87 mujeres estrato 1 y 2. Se utilizó un diseño analítico descriptivo comparativo y se empleó la prueba t de student para el análisis inferencial, los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 7.5.1. Los resultados mostraron una asociación entre ser cónyuge de un consumidor problemático y la tendencia a un contenido negativo del autoconcepto.

Palabra Claves: Autoconcepto, Consumo de Alcohol (01690) Codependencia (09985), Pareja (12205)

Hacia los años ochenta en el área del tratamiento del alcoholismo y toxicómanos se empezó a notar que las parejas y las familias del adicto estaban afectadas por una condición que las llevaba a actuar como catalizadores del proceso adictivo del toxicómano y que para fortalecer la recuperación y sentar las condiciones para que ésta se mantuviese era recomendable trabajar también con los facilitadores. Tanto profesionales y organizaciones como Alcohólicos Anónimos observaron que algo ocurría con las personas que estaban en relación con el adicto. Así las esposas de los miembros de A.A. empezaron a participar de las reuniones y posteriormente se deslindó Al-Anon, un programa de doce pasos para amigos y familiares de Alcohólicos, se empezó a hablar entonces de co-alcoholismo. Al trasladar este término a campo general de las adicciones se acuñó el término codependencia para catalogar a quienes actuaban como facilitadores del proceso adictivo de otra persona. Sin embargo, la diferencia conceptual fundamental era que, en ese momento se tomó la codependencia, como una condición que por sí misma ameritaba tratamiento, es decir, como una entidad clínica independiente.

Sin embargo dentro de la comunidad científica han surgido y se mantienen los interrogantes frente a la validez de la codependencia como entidad gnoseológica, existiendo poca claridad sobre que es la codependencia en sí o más aún si existe o no.

Desafortunadamente existen pocos estudios empíricos al respecto, siendo las fuentes principales de la teoría estudios más bien informales a nivel metodológico con un pobre rigor científico. Debido a esto, surge la necesidad de que los profesionales de la salud realicen estudios con un buen rigor metodológico que permitan llegar a conclusiones más válidas y confiables que las construidas hasta hoy. En este orden de ideas se busca que la investigación arroje luz sobre la relación que existe entre el autoconcepto negativo y la dependencia interpersonal patológica, con miras a mejorar las

intervenciones terapéuticas en el contexto inmediato del adicto.

Historia

<http://www.monografias.com/>

[*** picture ***]

<http://www.monografias.com/>

Codependientes Anónimos realizó su primera reunión en octubre de 1986 en los Estados Unidos. Los libros sobre el tema empezaron a aparecer por esta época y fueron la siguiente generación que evolucionó a partir de los primeros planteamientos del Síndrome del niño adulto (Burney, 2000). Esta conceptualización ve las compulsiones como el resultado del bloqueo de la emoción traumática original, y se trata de una orientación claramente psicodinámica.

Sin embargo, el estudio científico de esta condición ha estado descuidado por parte de los profesionales en salud mental, por lo tanto la literatura disponible proviene de terapeutas que intentan sistematizar sus observaciones clínicas. En mucho estas teorías sobre la codependencia provienen de personas que se declaraban como afectados por la codependencia y fueron rotuladas como carentes de rigor científico por muchos profesionales.

Al margen de la investigación científica se ha desarrollado un programa destinado a ayudar a las familias a enfrentar las crisis familiares generadas por el alcohólico. Este programa se presenta como una alternativa de información y soporte a los amigos y familiares de alcohólicos y adoptó el nombre de grupos AL-ANON y ALATEEN y se trata de un programa de doce pasos al igual que al Alcohólicos Anónimos. La idea de un grupo de familia se remonta a los años 1935 a 1941, a los mismos días del nacimiento de Alcohólicos Anónimos y ligados a la actividad de los grupos de recuperación para alcohólicos.

Las esposas de alcohólicos que acompañaban a los alcohólicos a sus reuniones se dieron cuenta que se podían ver beneficiadas con el mismo programa y que de esa forma podrían mejorar sus relaciones familiares que a menudo eran difíciles después que el alcohólico había logrado la sobriedad.

El Concepto de Codependencia

Las personas afectadas por la codependencia llegaron a comprender que los psicólogos clínicos y los psiquiatras, no podían ayudarlos (por que no existía una comprensión del fenómeno) y que no había una respuesta satisfactoria por parte de los profesionales de la salud mental . Se entregaron así a la tarea de conceptualizar y describir lo que ocurría con sus propias vidas. De esta forma surgió gran parte de la literatura no técnica disponible, las otras fuentes son documentos de terapeutas interesados en ayudar a estas personas. Recientemente ha surgido un interés por la comunidad científica en el tema evidenciada en una emergente cantidad de publicaciones de profesionales en el área de la salud sobre el tópico.

Se revisaran ahora algunas definiciones provenientes de esta primera tradición teórica. Beattie (1987) en su libro Codependent No More, que se constituido en un clásico de autoayuda sobre el tema, la definió así: "La persona codependiente es aquella que ha permitido que su vida se vea afectada por la conducta de otra persona, y que esta obsesionado tratando de controlar esa conducta"; también Sharon Cruce (citada por Barnetche 1990) una terapeuta la define como "una condición específica caracterizada por preocupación y extrema dependencia (emocional, social y a veces física) de un persona, A veces tan patológica, que afecta todas sus relaciones.

Otro libro que ha sido una importante referencia para las personas que se han interesado en tema es "Las mujeres que Aman demasiado" de Robin Norwood (1986), pero desafortunadamente su nombre no es muy sugestivo para los profesionales aunque su contenido deja entrever una gran experiencia clínica en el área. Básicamente, ella describe a la dependencia emocional como obsesionarse con una persona y llamar a esa obsesión amor, permitiendo que ésta obsesión controle las emociones y el comportamiento, si bien, existe cierto grado de comprensión del impacto negativo de la relación sobre la salud y bienestar, no existe la capacidad de liberarse de ella. Norwood (1986) asocia la condición de la codependencia con un hogar de origen disfuncional, en su apreciaciones aunque los hombres adictos pueden o no provenir de un hogar disfuncional, sus

esposas casi siempre tienen este tipo de historia.

Como conceptualizaciones desde el ámbito terapéutico se encuentra por ejemplo la de Alvarado (2000), un terapeuta especialista en el campo de las adicciones: "La codependencia se define como la práctica de patrones disfuncionales de relación de manera compulsiva, a pesar del daño resultante". Para Alvarado los codependientes desarrollan negación acerca de la necesidad de controlar el mundo que los rodea, sin embargo, invierten gran cantidad de tiempo y esfuerzo tratando de controlar la conducta del adicto y el entorno. Este autor indica que *la Codependencia puede ser diagnosticada como un problema primario aunque no pueda identificarse ningún problema previo o coexistente en ninguna persona del mismo sistema*. Y además señala que la aparición de la Codependencia se ha notado en familias donde el abuso físico o sexual se presenta, aun sin haber consumo de sustancias.

Existen también aportes de la psicología transaccional, Claude Steinner (1998), un terapeuta de esta corriente, describe la codependencia como desempeñar el papel de salvador, percibiendo al otro incapaz de hacerse cargo de sus propias responsabilidades, en sus palabras, "un salvador habitual siempre hace más de lo que debe y suele involucrarse en actividades que no desea, en general no hace más que crear problemas interpersonales". Según este terapeuta, incurrir en un rescates es el núcleo del comportamiento del codependiente. Desde ésta concepción la codependencia es asumir el papel de salvador como básico y habitual, pero también es posible alternarlo con el papel de víctima o perseguidor según la situación dada. Desde nuestro contexto existe el aporte de Riso (1999), psicólogo clínico con más de veinte años de experiencia que en su libro *¿Amar o Depender?* reconoce que el vacío en este tema es innegable. Su libro, según sus propias afirmaciones intenta llenar en algo ese vacío y lo cataloga como una obra de divulgación científica. Riso se enmarca dentro de las corrientes que ven la dependencia afectiva como una adicción, para Él, el apego patológico muestra las características básicas de cualquier otra adicción pero con algunas peculiaridades que necesitan estudiarse más a fondo. En la adicción afectiva la seguridad-dependencia no está relacionada con la droga sino con la seguridad de tener a alguien. Luego en la adicción afectiva existirá también síndrome de abstinencia que será indicador de la presencia del apego patológico. Además realiza una descripción de cómo el sistema de autoesquemas se encuentra comprometido a nivel de cognición y afecto.

Para Castelló (2002) el concepto de codependencia se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias, en esta misma línea Hacken (1993) citado por Blanco (1999), señala que a partir de la creación de la asociación de esposas de alcohólicos, con este término se pretendió enfatizar el papel que juega el cónyuge en el reforzamiento de la conducta del alcohólico. En este orden de ideas, Irwin (1995) citado por Blanco (1999) apunta que la esposa del alcohólico hace suya la responsabilidad de la vida de su cónyuge y a pesar de lo infructuoso de sus intentos su papel de cuidadora le ayuda a desarrollar un particular sentido de identidad. Aun que no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente si existen características identificativas de estas personas: Se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias, generalmente alcoholismo y toxicomanías, que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento (Beattie, 1992 y Hule, 1994 citados por Castelló, 2002), presentan una gran comorbilidad con los trastornos del eje I del DSM IV (Hugues, 1998 citado por Castelló, 2002); se descuidan o autoanulan; tienen baja autoconfianza y autoestima (Linley, 1999 citado por Castelló) y se involucran constantemente en relaciones de pareja dañinas y abusivas.

Las últimas conceptualizaciones sobre el tema elaboradas por clínicos tienden a ver la codependencia como un Trastorno de Personalidad. Mansilla (2002) define la codependencia como una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones. Según este autor, "el vínculo que el codependiente establece está colocado en la preocupación por lo que el otro piensa, en el miedo a la pérdida de la relación, sintiendo y vivenciando culpa y siempre tratando de reparar. Por eso su sintomatología se caracteriza por la necesidad de controlar a las personas y por hacer propios los problemas del otro, por una baja autoestima, por un locus de control externo, por un autoconcepto negativo, por la represión de emociones, por la evasión y negación del problema, por las ideas obsesivas y conductas compulsivas y por el miedo al abandono, a la soledad o al rechazo" (Mansilla, 2002). Además este autor en su revisión teórica cita los trabajos de Treadway (1990) y Lawlor (1992) que definen la codependencia como un patrón de dolorosa dependencia de otros, con comportamientos compulsivos y de búsqueda de aprobación para

intentar encontrar seguridad, autoestima e identidad. Además en la misma dirección Masilla (2002) cita los trabajos de Vacca (1999) que conceptualiza la codependencia 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.

Codependencia y Conceptos Relacionados

Dentro de la literatura científica existen una serie de términos que hacen referencia a la dependencia interpersonal patológica entre los que existen convergencias y divergencias importantes tanto de contenido como de perspectiva. Castelló (2002) hace una revisión teórica de la literatura técnica sobre el tópico, sin embargo este autor intenta documentar lo que rotula como dependencia emocional que en sus términos es un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas:

Apego Ansioso: En sus trabajos Bowlby (citado por Castelló 2002) describe un tipo especial de apego infantil en el que el niño tiene un miedo constante a la separación de una figura vinculada (por ejemplo la madre). El vínculo que mantienen estos niños no es seguro y esto produce en ellos un continuo estado de alerta ante la temida separación y desprotección. El apego ansioso o ansiedad de separación se ha relacionado con psicopatologías ansiosas como la depresión y la agorafobia e indirectamente con el comportamiento violento o antisocial.

Es así como la diferencia entre el apego ansioso y la dependencia emocional se basa en el enfoque excesivamente conductual, es decir, en que su conceptualización los fenómenos de apego y de la separación están minusvalorados afectivamente. Por otra parte autores como M. Ruter (1990, citado por Castelló, 2002) han expuesto que lo patógeno no es en sí una separación temporal, sino la pérdida de vínculos afectivos creados, y mucho más cuando no hay oportunidad para crear otros nuevos o se producen situaciones de indefensión. Para Castelló (2002) el vínculo afectivo presenta una segunda finalidad biológica aparte de proporcionar seguridad, y es la de relacionar emocionalmente a los individuos con el propósito de lograr una organización social cohesionada, y es esta finalidad la que esta directamente relacionada con la dependencia emocional.

Sociotropía: Dentro de los enfoques cognitivos de la depresión se ha identificado dos estilos de pensamiento: el autonómico caracterizado por la independencia y perfeccionismo con rumiaciones sobre el fracaso o la inutilidad y el sociotrópico centrado en la dependencia interpersonal, la necesidad imperiosa de afecto, o el temor a la sobre valoración del rechazó.

La sociotropía es uno de los conceptos parecidos a la codependencia, los lamentos y las creencias subyacentes en el caso de la depresión sociotrópica son fieles exponentes de sufrimiento que puede llegar a padecer un dependiente emocional, hasta el punto que se puede hablar de conceptos solapados. Según Castelló (2002) no se puede reducir la dependencia emocional a la depresión ni explicar la depresión en estas personas exclusivamente por la dependencia afectiva.

Personalidad Autodestructiva: La tradición psicoanalítica ha estudiado un tipo de personalidad que busca el dolor y niega la experimentación de sensaciones agradables o placenteras. Desde su denominación original de masoquista esta personalidad ha pasado a convertirse en "autodestructiva", con tal de eliminar la supuesta necesidad de castigo o el placer en el dolor que se había sugerido como hipótesis etiológicas desde la tradición psicodinámica.

Actualmente este concepto se considera como un trastorno de la personalidad, caracterizado por: mantenimiento de relaciones interpersonales de subordinación: rechazó de ayuda o elogios; estado de ánimo disfórico o ansioso; minus valoración de los logros; tendencia a emparejarse con personas explotadoras; escasa evitación del dolor; asunción del papel de víctima etc. Además posee escasas habilidades sociales como la asertividad, tiende a padecer trastornos depresivos, su autoestima es muy baja y apenas experimentan placer en sus vidas. (Castelló, 2002).

Sin embargo, Castelló (2002) afirma que los dependientes emocionales no tienen como fin autodestruirse y ni mucho menos gozan del dolor, sino que tienen una autoestima deficiente, un sentimiento continuo de soledad y una insaciable necesidad de afecto que les conducen a emparejarse con personas explotadoras que los maltratan y no le corresponden. Esta es la diferencia fundamental con la personalidad autodestructiva.

Adicción al Amor: Se ha trazado una analogía comprensiva entre los fenómenos de dependencia interpersonal patológica con las adicciones a sustancias psicoactivas. De hecho, algunos autores equiparan los fenómenos y consideran que existe una adicción emocional que opera bajo mecanismos muy similares de las adicciones a sustancias. Los estudios realizados bajo este enfoque han encontrado muchas coincidencias que justifican la denominación de adicción (Timmreck, 1990; Jiménez, 1999; Schaeffer, 1998 citados por Castelló, 2002): Necesidad irresistible de tener pareja o estar con ella; priorización de la persona objeto de la adicción con respecto a cualquier otra actividad; preocupación constante por acceder a ella en caso de no encontrarse presente ("dependencia"); sufrimiento que puede ser devastador en caso de ruptura ("abstinencia"), con episodios depresivos o ansiosos, pérdida aún mayor de autoestima, hostilidad, sensación de fracaso, etc; y utilización de la adicción para compensar necesidades psicológicas.

Para Castelló (2002) la desventaja del concepto es su énfasis transversal (énfasis en el estado, un rótulo tipo eje I del DSM IV), es decir, que para ser identificada es necesario que exista el objeto de adicción: la pareja. Esta observación debido a que según Castelló (2002) para que exista dependencia emocional no necesariamente se tiene que estar involucrado en una relación de pareja. En este sentido este autor argumenta que el dependiente emocional puede estar "asintomático" -entendiendo la adicción como el síntoma- pero por supuesto continuar siéndolo y se convertirá en un adicto al amor sintomático cuando este involucrado en una de sus numerosas relaciones destructivas. De esta forma Castelló (2002) enfatiza sobre las variables de personalidad, estructura cognitiva y creencias nucleares implicadas en la dependencia emocional.

Crítica al Concepto de Codependencia:

Castelló (2002) realiza dos críticas al concepto: la primera es de perspectiva y es que la codependencia está condicionada por otra persona, generalmente un alcohólico un toxicómano, aunque también se halla extrapolado este concepto a otras situaciones como a la convivencia con enfermos crónicos. La segunda es de contenido, aun que no se puede configurar un patrón homogéneo de la personalidad de los codependientes si es frecuente la autoanulación para entregarse y cuidar de la persona con problemas. Ciertamente, un dependiente emocional puede realizar los mismos actos pero con una diferencia notable de fondo: lo haría únicamente para asegurarse la preservación de la relación y no por esa continua entrega y preocupación por el otro que caracteriza a los codependientes. Podríamos calificar a los codependientes como abnegados siendo sus motivos altruistas aun con una desatención patológica hacia sus propias necesidades; estando el dependiente emocional en el caso opuesto centrado únicamente en sus gigantescas demandas emocionales. Cuidar y entregarse sería un fin para el codependiente, y sólo un medio para el dependiente emocional.

Esta diferenciación de la intencionalidad de la estrategia codependiente contrapuesta con la entidad clínica de dependencia emocional defendida por Castelló (2002) es dudosa utilidad y validez. Que haría pensar que los codependientes y los dependientes emocionales son distintos en principio o que existan diferencias en el contenido de la intencionalidad en una estrategia de relación dependencia.

Conceptualización de la Codependencia como Trastorno de Personalidad

Intentando sintetizar e integrar estas teorizaciones se puede delimitar el concepto así: la codependencia es una condición clínica que se manifiesta principalmente en patrones de relación interpersonal claramente identificables que constituyen la estrategia codependiente y que consiste en cultivar patrones de relación en los que se comportan como la muleta psicológica de su pareja y de los otros significativos, de este patrón relacional obtienen la seguridad interpersonal que necesitan y creen eliminar la amenaza del abandono, la pérdida afectiva y la soledad a los que tanto temen. Se encuentran especialmente comprometidos los autoesquemas y el sistema general de creencias, y finalmente, estos factores dirigen a la persona a una estrategia relacional autodestructiva. La Codependencia, como patrón relacional, es supremamente estable y polivalente, compromete la estructura de la personalidad y por tanto es posible conceptualizarla como un trastorno de personalidad.

En el DSM IV el trastorno de personalidad se describe como:

1. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

- a. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
- b. Afectividad (p. ej. La gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
- c. Actividad interpersonal
- d. Control de impulsos.

La codependencia como trastorno de personalidad muestra compromiso en todas las áreas establecidas por el DSM IV (aspecto que se ampliará en el apartado dedicado al perfil de la afección) siendo perfectamente viable la aplicación de esta categoría diagnóstica.

El DSM IV reserva la categoría del trastorno de personalidad no especificado para dos casos: cuando el trastorno cumple criterios de varios trastorno pero ninguno en específico o cuando el trastorno no está incluido dentro de la clasificación (por ejemplo el trastorno de la personalidad pasivo agresivo).

Según el DSM IV la característica básica del trastorno de la personalidad es la persistencia y la inflexibilidad del patrón que resulta desadaptativo. Por otro lado, hoy en día sabemos que la polivalencia del trastorno de personalidad lo hace autopropagante, el patrón se mantiene y retroalimenta así mismo creando la espiral descendente o "circulo vicioso" que acentúa las manifestaciones sintomáticas y el malestar subjetivo.

Esta característica de los trastornos de personalidad, aportada por los modelos cognitivo-conductuales explica la progresión de la enfermedad sin necesidad de apelar a la visión de adicción emocional-afectiva. La persona codependiente construye un nicho sobre el que se mantiene la problemática, o en palabras de Riso (2000), El sujeto genera en su medio formas de mantenimiento y además se auto convence.

En suma, teóricamente es posible realizar el diagnóstico de codependencia como trastorno de personalidad, concretamente en el DSM IV se apelaría a la categoría de Trastorno de Personalidad no especificado: Trastorno de la Personalidad mixto Obsesivo-Compulsivo y Dependiente (Barnette, 1990). Las razones para aplicar esta categoría se aclararán en el perfil.

Belloch, Ramos y Sandín (1995) en su Manual de Psicopatología citan los trabajos de Millon (Millon y Everly, 1985) quien concibe dos variantes del Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, el Trastorno de Personalidad Mixto compulsivo- dependiente y el Trastorno de Personalidad Mixto compulsivo- paranoide, además, como trastornos asociados en el eje I (según el modelo multiaxial del DSM IV) enumera, T. Obsesivo compulsivo, T. Fóbicos, T. Somatoformes, T. Psicósomáticos, Psicosis reactiva breve y trastornos esquizofreniformes y T. Afectivos. Para este caso la codependencia se ajustaría al trastorno de personalidad mixto compulsivo-dependiente y los trastornos asociados en el eje I suelen ser el motivo de consulta, particularmente los trastornos afectivos como la depresión y en otros casos emocionales como la ansiedad que puede no traspasar el umbral diagnóstico para un trastorno pero que resulta en un gran malestar subjetivo. Si bien las personas afectadas por la conducta del adicto e inmersas en un sistema familiar adictivo tienen mucho que enseñar sobre el cuadro clínico del codependiente, no todos los codependientes han estado durante su vida necesariamente en relación con un adicto o toxicómano. Es la estrategia interpersonal de relacionarse con personas que necesiten ser ayudadas y rescatadas, la característica esencial de la codependencia (control interpersonal), esto, independientemente del tipo de falencia que presente el rescatado. Puede tratarse de un adicto, de una persona abusiva y maltratante, de alguien que sufra una enfermedad médica grave, etc. Algo que indique que el codependiente será necesitado. Además la estrategia no se limita a la elección y consolidación de una relación de pareja, sino que se extiende a las otras relaciones interpersonales, sean familiares, de amistad e incluso profesionales, implica además una posición frente al mundo y la realidad aparece distorsionada. Así las cosas la codependencia que en su primera conceptualización estuvo asociada exclusivamente al campo del tratamiento de las adicciones pasaría a ser una categoría mucho mas amplia aun que por tradición, hasta el momento, se conserve su término original para designar al compañero del adicto.

Perfil de la persona codependiente

La literatura disponible sobre la codependencia enumera una serie de características que arrojan pistas sobre la identificación de la persona codependiente. Sin embargo, es difícil generar un perfil

homogéneo que defina una entidad clínica específica.

Hipótesis Etiológicas:

Irwin (1995) citado por Blanco (1999) sostiene que la codependencia del cónyuge del adicto puede haber sido adquirida durante la niñez. De esta manera se interpreta la codependencia como el resultado del desarrollo psicológico del sujeto dentro de una familia con algún tipo de disfunción (y por tanto no necesariamente relacionada con la alcoholdependencia). De esta manera en historia de vida de estas personas se encuentran frecuentemente las siguientes circunstancias: Familia de origen disfuncional, violencia intrafamiliar, presencia de adicciones químicas y/o emocionales en la familia de origen, historia de rechazo, historia de abandono y/o historia de abuso sexual, sobrecontrol y sobreprotección parental.

Área Interpersonal

Estrategia: Buscan personas que puedan depender de ellos y no amenacen marcharse por lo que sus relaciones están determinadas por la *necesidad de ser necesitados* (Norwood, 1986). La estrategia de personalidad es cultivar relaciones de dependencia en las que se pretende asumir posiciones de poder y control, de esto depende su propia seguridad y valoración personal. Para esto *suprime su propia emoción y dirige su atención hacia los problemas de otros, así evade su propia realidad y sus sentimientos* (Black, 1989). Por consiguiente la capacidad de estar en contacto consigo mismo está reducida. Es importante aclarar que el codependiente busca principalmente alguien a quien cuidar, contrario al dependiente "puro" que busca quien se haga cargo de él y adopta una estrategia de sumisión.

Relaciones Interpersonales:

Se relacionan con personas en dificultades: inaccesibles emocionalmente frías y distantes; no disponibles por distancia física o por la existencia de otra pareja; con problemas de adicciones químicas y/o emocionales; con falencias de la personalidad y en el control de los impulsos; con enfermedades médicas graves o algún otro tipo de incapacidad. Personas a las que puedan "ayudar" y esperar en retribución amor y aceptación. Precisa relacionarse con personas cuyas dificultades sean más graves que las propias para lograr sentirse "útil", mejor consigo mismo y comparativamente no ver tan mal su propia historia y situación. La magnitud de los problemas de las personas con que se relaciona hace que los propios parezcan poco graves. Como consecuencia y dadas las características que busca en las personas con las que se relaciona, existe un historial de relaciones afectivas frustrantes y maltratantes a nivel psicológico y/o físico.

Disfunciones de la Intimidad:

Miedo al abandono y/o temor a la soledad. Mantiene una relación no satisfactoria simplemente para no estar sólo o para no reexperimentar abandono y desamparo. Reserva, desconfianza y celos hacia la pareja. Al codependiente le es difícil ser vulnerable y tomar riesgos para la intimidad. Teme ser herido, traicionado, engañado, criticado, abandonado o rechazado al entregar sus verdaderos sentimientos, flaquezas y debilidades. En consecuencia se muestra fuerte y en control y suprime sus emociones con el fin de lograr seguridad.

Déficits en la Asertividad:

Dificultad para renegociar sus relaciones y poner límites. Le es difícil identificar donde terminan los otros y empiezan sus propios derechos. Soporta transgresiones y abusos en todo sentido. Frente a las dificultades interpersonales puede oscilar entre el silencio pasivo y la explosión agresiva.

Área Emocional

Obsesión:

Pensamiento obsesivo en relación a los problemas de la pareja, continuamente esta tratando de idear nuevas estrategias para controlar y dominar la situación. Rumiación de pensamiento entorno a problemas que no esta bajo su alcance solucionar (generalmente de otras personas). Anticipa constantemente peligros interpersonales que intentará neutralizar. La persona codependiente se obsesiona con el control interpersonal.

Compulsión:

La obsesión con el control interpersonal lo lleva a intentar frenéticamente impedir el desastre interpersonal por lo que su comportamiento es compulsivo en este sentido, es así como posee un repertorio de conductas por un lado manipulativas y por otro retentivas de su pareja y de otras

personas significativas. Además, pueden existir en distintos grados otros comportamientos compulsivos como perfeccionismo, orden y limpieza; desórdenes en la alimentación atracones de comida con o sin vómito inducido y/o periodos prolongados de aguantar hambre; abuso de sustancias psicoactivas (píldoras, tabaco, alcohol, etc.); otras compulsiones (por ejemplo el trabajo, el sexo o el deporte). Son personas impulsivas y actúan sin pensar en las consecuencias a largo plazo.

Necesidad de Control:

Su necesidad de controlar y dominar las situaciones, como también su necesidad de ocultar de si mismo y de los demás la realidad de lo caótico de su vida pasada y presente dificultan que reconozca ante si mismo la necesidad de ayuda. Por esta razón se muestran reacios a recibir ayuda profesional y de organizaciones y sólo lo harán en medio de una crisis supremamente profunda que signifique un fondo en la progresión de su enfermedad. Necesitan mantener el control sobre la exteriorización de sus emociones y pueden mostrarse rígidas y reservadas.

Emocionalidad caótica:

Su sistema emocional se comporta de forma caótica (a pequeñas causas, grandes efectos. La causa original se amplifica dentro del funcionamiento del sistema dando como resultado un efecto impredecible) se pasa con facilidad de la alegría o euforia a la tristeza profunda o la ira. Puede verse inundada por sentimientos y emociones que no comprende y cuyo origen no conoce. *Tiende a sobrerreaccionar y a sobrevalorar estímulos*. En este sentido sus miedos profundos y apego a relaciones que interpretan como "seguras" son el componente emocional y afectivo que constituyen el núcleo de la afección.

Área Cognitivo Personal

Autoesquema Negativo:

Baja autoestima, baja autoeficacia, autoconcepto y autoimagen negativas, en diferentes grados.

Estándares de Evaluación: Es hipercrítico consigo mismo y con los demás. Suele evaluar con parámetros muy elevados que aplica a si mismo y a otros.

Contacto Consigo mismo:

Esta más en contacto con las necesidades, deseos y sentimientos de otros que con los propios, su alta necesidad de aceptación y confirmación hace que se acomode a los deseos y necesidades de otros. Por lo tanto le es muy difícil reconocer sus propios deseos, sentimientos y necesidades.

Estrategias de Autoengaño:

Negación a nivel de la realidad propia y la de su pareja y entorno (no reconoce lo que realmente ocurre) y sus sentimientos al respecto (se desconecta y bloquea sus emociones presentes y pasadas). No sabe lo que siente, se le dificulta nombrar sus estados de animo y sus emociones, tras años de practica de la negación y la represión no puede atravesar la *barrera verbal* (Steiner, 1998).

Área Afectiva-Motivacional

Estado Afectivo:

Tendencia a la depresión y/o a la ansiedad y a la angustia. Incapacidad para Elaborar Pérdidas: Incapacidad para resignarse y elaborar la pérdida afectiva que se evidencia en la falencia para terminar la relación aun cuando ésta se percibe como dañina, no gratificante o maltratante.

Dependencia Afectiva:

Depende de su pareja y otras personas para lograr la sensación de seguridad y valía personal. El tiempo que ha pasado sin pareja es mínimo, salta de una relación a otra sin tomar el tiempo necesario para elaborar la pérdida y cuando es inminente la ruptura a menudo tiene otras opciones disponibles que ya ha cultivado, o bien, permanece en una larga relación de dependencia donde no se satisfacen sus necesidades emocionales y afectivas y resulta además maltratante. Sus relaciones hacen a su pareja el centro de su vida y las verbalización prototípicas son: "Mi vida no tiene sentido sin él (ella)", "No puedo vivir sin él (ella)". Existe *Síndrome de abstinencia emocional* cuando se intenta romper la relación o se termina, que se manifiesta con ansiedad, angustia y depresión. Por lo que los intentos de ruptura no prosperan o se busca rápidamente una relación sustituta.

Enfermedades Psicosomáticas:

Frecuentemente padece enfermedades relacionadas con el estrés tiende a la somatización, presenta úlceras, gastritis, dolores de cabeza, dolores de espalda, resfriados recurrentes, alergias.

De acuerdo con la revisión teórica se encuentra que la delimitación del concepto de la codependencia como entidad clínica es confuso y aun que existe evidencia empírica de que su existencia (Pérez y Delgado, 2001), las características centrales de los codependientes deben estudiarse y delimitarse mejor.

Partiendo de lo anterior y teniendo en cuenta que el autoconcepto negativo se considera como una de las características de la expresión sintomática del codependiente (Mansilla, 2002), se genera el siguiente problema de investigación: ¿Existe asociación entre la severidad del consumo del cónyuge y la tendencia a un autoconcepto negativo?

Del problema se puede originar la siguiente hipótesis general.

1. Existen diferencias significativas entre los cónyuges de consumidores problemáticos y no problemáticos respecto a la tendencia al contenido negativo del autoconcepto.

Objetivo:

Comparar el autoconcepto de las mujeres cónyuges de consumidores problemáticos y no problemáticos de alcohol, asociado a la severidad de consumo.

	VARIABLE	DEFINICION	MEDICION	INDICADOR/ CATEGORIA
Sociodemo- gráficas	Edad	Se entiende como el conjunto de características de los individuos que integran la muestra en estudio.	Cuestionario de Datos demográficos.	Años cumplidos
	Nivel Educativo	Idem		Primaria incompleta (1) Primaria Completa (2) Bachillerato incompleto (3) Bachillerato completo (4) Técnico incompleto (5) Técnico completo (6) Otro (7)
	Tipo de Unión	Idem		Matrimonio Católico (1) Matrimonio civil (2) Unión libre (3) Otro (4).
	Duración de la Unión.	Idem		Años
	Antecedentes de Consumo	Comportamiento de consumo antes de la relación, durante el noviazgo y en la actualidad.		Si (1) No (2)
Psicosocial	Severidad del Consumo del cónyuge o pareja	Entendido como el grado de desajuste que la conducta de beber le ha causado en general a la persona consumidora.	Cid	1. Consumo Social o bebedor social. 2. Consumo de <u>Riesgo</u> . 3. Consumo Perjudicial. 4. Dependencia Alcohólica.
	Autoconcepto	Idea o cognición que la persona tiene de sí misma, en la cual hace una evaluación de sus capacidades, destrezas y comportamientos;	Escala de Autoconcepto de Cuestionario de Autoesquemas C.I.E.	Puntuación normalizada

Método

Diseño:

Se utilizó un diseño analítico descriptivo comparativo con el objetivo de buscar posibles asociaciones entre variables. Se escogió este tipo de diseño ya que no se manipularan variables sino que se midieron dadas, siendo posible comparar los resultados de cónyuges de consumidores problemáticos con cónyuges de consumidores no problemáticos. Es un diseño de un grupo único de características demográficas similares donde se pretendió explorar si existen diferencias en el autoconcepto de las mujeres dependiendo de la severidad del consumo de alcohol de su cónyuge.

Participantes:

Mediante selección intencional se escogió una muestra de 87 mujeres con edades entre 18 y 64 años, estrato 1 y 2 pertenecientes a la ciudad de Bogotá D.C., que cumplieron las condiciones de inclusión. La participación en el estudio fue voluntaria y anónima, no se calculó un tamaño de muestra predeterminada sino que se incluyó el mayor número de personas que desearon participar.

Instrumentos:

Se empleó la escala de autoconcepto del cuestionario de autoesquemas (C.I.E) diseñado y validado en Medellín por el Grupo del Centro de Estudios Avanzados en Psicología Cognitiva (C.E.A.P.C), la cual consta de 19 ítems, en una escala likert, así: (1) Muy en desacuerdo, (2) Moderadamente en desacuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (4) Moderadamente de Acuerdo (5) Muy de Acuerdo. Para este estudio se calculó la confiabilidad de la escala mediante el índice de consistencia interna Alfa con un coeficiente de 0.7251, el que se considera como aceptable. Con el fin de medir la severidad de forma indirecta la severidad del consumo del cónyuge, se realizó una adaptación de los 7 ítems del instrumento CID que evalúa el nivel de alcoholismo mediante cuatro categorías: de 0 a 1 consumo Social o Bebedor Social, 2 a 3 consumo de riesgo, de 4 a 5 consumo perjudicial, de 6 a 7 dependencia alcohólica. Además se aplicó el formato original de la prueba a la mujeres participantes en el estudio con el objetivo de evaluar la relación entre el consumo problemático del cónyuge con un consumo propio.

Adicionalmente se elaboró el formulario de recolección de datos demográficos en el cual se incluyeron 6 ítems diseñados por los investigadores para evaluar los antecedentes del consumo en la relación de pareja.

Procedimiento:

. Las participantes fueron contactadas mediante líder comunitaria del barrio Santa Rosita de la localidad de Engativa, se trata de mujeres que asisten a los programas comunitarios de la parroquia. Los investigadores coordinaron con la líder comunitaria dos reuniones de aplicación del instrumento previa indicación de citar a mujeres que cumplieran con las siguientes características de inclusión: (1) Ser mujer, (2) Convivir con su pareja por lo menos desde hace un año, (3) Que su pareja se hubiese embriagado por lo menos dos veces en el último año. Las tres escalas y las variables sociodemográficas se presentaron en un solo formato de aplicación cuyo promedio de diligenciamiento fue de 15 minutos.

Plan de Análisis:

Los datos de la ficha demográfica se analizaron de forma descriptiva. En la práctica el diseño metodológico del estudio es de un solo grupo pero la medición de la variable de severidad del consumo del cónyuge se pensó para dividir al grupo en dos, aquellas mujeres que conviven con un bebedor no problemático o social y aquellas mujeres que conviven con un bebedor problemático (Consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia alcohólica) Se cruzaron diferentes posibilidades de asociaciones entre variables buscando significación estadística. Mediante la t de student se compararon las medias del autoconcepto entre los dos grupos de mujeres.

Resultados

El análisis descriptivo arroja una edad promedio 30 años en la muestra, siendo la edad más frecuente 22 años. En relación con la convivencia se halló un promedio de convivencia de 8 años, desde 1 hasta 3 años de convivencia se encuentra un 51% acumulado. En cuanto al nivel educativo se encontró que los datos más sobresalientes son: el bachillerato incompleto con 25.3% y el bachillerato completo en un 29.9%. El tipo de unión más frecuente es la unión libre en un 54%, seguido por el matrimonio católico en un 33%.

Los antecedentes del consumo evalúan el comportamiento de consumo de alcohol antes, durante el noviazgo, y en la actualidad, la persona reporta su percepción de la conducta problemática de beber respecto a su cónyuge y a sí misma. Según esto, el 44% de las mujeres reportaron que su cónyuge bebía de forma excesiva o problemática antes de conocerla, el 20.% consumió de forma excesiva o problemática durante el noviazgo, y el 23% reportó que su cónyuge bebe de forma excesiva o problemática en la actualidad.

Frente al consumo personal se encuentra que en un 14% las participantes bebían de forma excesiva o problemática antes de conocer a su pareja. Un 12 % bebía de forma excesiva o problemática durante el noviazgo y un 10% bebe de forma excesiva o problemática en la actualidad.

La forma adaptada de CID arrojó los siguientes porcentajes de severidad del consumo en los cónyuges de las participantes según las categorías: Consumo Social 53%, Consumo de Riesgo 22%, Consumo Perjudicial 21%, y Dependencia Alcohólica 5%.

El análisis inferencial se hizo mediante el estadístico de t de student para la comparación de las medias de la escala de autoconcepto de las mujeres, según, la agrupación realizada mediante el resultado la prueba CID que permitió dividir el grupo de mujeres entre aquellas que conviven con consumidores no problemáticos (consumo social) y mujeres que conviven con consumidores problemáticos (consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia alcohólica). Se encontró que existe una asociación con una significancia de 0.051 ($F=3.903$), entre, convivir con un consumidor problemático y la tendencia a un autoconcepto negativo. En esta misma dirección, en cuanto a antecedentes del consumo, también se encontró que la presencia de comportamientos problemáticos o excesivos de consumo del cónyuge durante el noviazgo se asocia con la tendencia a un autoconcepto negativo en la mujer con una significancia de 0.034 ($F=4,6196$).

Adicionalmente, se encontró que la tendencia a un autoconcepto negativo se asocia también con el reporte de beber de forma excesiva o problemática de la mujer en la actualidad con una significancia de 0.039 ($F=4.395$).

Por otro lado, al hacer el análisis ítem por ítem de la escala de autoconcepto utilizando también la prueba t en la puntuación promedio de cada reactivo se encontraron diferencias significativas en tres de los ítems, asociadas a convivir con un consumidor problemático de alcohol. En el reactivo (1): "pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que quisiera ser" se da una significancia de 0.012 (y $F=6.672$). De igual manera, en el ítem (13) "A menudo actuó en forma torpe" se halló dicha asociación con una significancia de 0.041 (y $F=3.315$). Y finalmente en el ítem (4): "Me da dificultad reconocer que tengo cualidades" se encontró una significancia de 0.003 (y $F=9,091$) en la misma asociación.

Discusión

Partiendo de los resultados obtenidos, se puede decir que se dio respuesta al problema objeto del presente estudio verificándose la hipótesis planteada con un alfa de 0.06, en la medida en que se encontró que sí existen diferencias significativas entre los cónyuges de consumidores problemáticos y no problemáticos de alcohol, respecto a la tendencia al contenido negativo del autoconcepto.

La asociación fue significativa a un nivel de 0.51, de acuerdo a lo sugerido por Kerlinger (1988) se reporta una significación mayor a lo convencional (0.05 y 0.01), por que según este autor en la actualidad hay una nueva tendencia de pensamiento sobre los niveles de significancia; consistente en que los investigadores reporten los niveles de significación de todos los resultados a un nivel razonablemente útil.

De acuerdo a lo anterior se encuentra soporte empírico para respaldar la asociación entre la tendencia a un contenido negativo del autoconcepto y convivir con un consumidor problemático de alcohol. Aspecto planteado sólidamente por los clínicos que hablan de las características de los codependientes. De acuerdo al modelo cognitivo conductual el autoconcepto es una estructura o contenido que mediante los procesos autoevaluativos genera la autoestima, la autoimagen e influye en la autoeficacia (Oñate, 1989).

En este orden de ideas se puede esperar que al estar alterado el autoconcepto consecuentemente se afecten las otras categorías del autoesquema. En el estudio del Programa Presidencial Rumbos (Perez y Delgado 2001) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima, depresión y control emocional al comparar un grupo de codependientes y controles.

Además, citando los trabajos de Treadway (1990) y Lawlor (1992) que definen la codependencia como un patrón de dolorosa dependencia de otros, con comportamientos compulsivos y de búsqueda de aprobación para intentar encontrar seguridad, *autoestima e identidad*, (citados por Masilla, 2002), se entiende que los problemas de autoesquemas son centrales en las personas que conviven con consumidores problemáticos.

Los resultados de este estudio son congruentes con otras investigaciones realizadas en nuestro

país como es el caso del estudio "Estilos de Afrontamiento Utilizados por Cónyuges Problemáticos y No Problemáticos" encontrándose que los cónyuges de consumidores problemáticos tienden al un estilo de afrontamiento enfocado en la fantasía; seguido por un estilo de afrontamiento enfocado en la búsqueda de soporte social y la solución de problemas; y finalmente un estilo de afrontamiento enfocado en la autoculparización (Cuenca, 2002).

En esta misma dirección Pérez y Delgado (2001) encontraron la tendencia al No afrontamiento en sujetos codependientes (definido como Intento por evitar el afrontamiento de los propios sentimientos emociones o imposibilidad para expresarlos). Teniendo en cuenta que las formas de afrontamiento involucran procesos relacionados con el autoconcepto y la autoeficacia, es coherente encontrar que una persona con déficit en los estilos de afrontamiento posea la tendencia a un autoconcepto negativo y viceversa.

Otros resultados importantes obtenidos en el presente estudio indican que los antecedentes de consumo problemático o excesivo del cónyuge durante el noviazgo se asocian con la tendencia a un autoconcepto negativo en la mujer. Este dato puede interpretarse como un indicador de que la tendencia o vulnerabilidad a un autoconcepto negativo estaba antes de la unión, es decir, que es posible que se trate de una característica estable adquirida con anterioridad y posiblemente mantenida por una situación de disfunción familiar u otros factores.

Es importante señalar que esta característica puede relacionarse con la elección de pareja en la medida en que un déficit en los autoesquemas puede llevar a hacer elecciones como estrategia compensatoria de afrontamiento de un esquema nuclear negativo (definido como la autopercepción del yo, de la gente y el mundo, Riso,).

Para finalizar, es importante resaltar que en el análisis ítem por ítem de la escala de autoconcepto se encontraron tres ítems cuyo promedio fue mas bajo en las mujeres cónyuges de bebedores problemáticos frente a las de los no problemáticos. Los reactivos son: "Pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que quiero ser", "Me da dificultad reconocer que tengo cualidades" y "A menudo actuó de forma torpe". Se atribuye dicho resultado a que estos reactivos hacen una referencia sólida y específica a un contenido negativo del autoconcepto.

Debe resaltarse que para el presente estudio se utilizó una muestra no clínica en búsqueda de asociaciones de importancia dentro del ámbito clínico. Es posible que si se hace una replica de éste en una población clínica, dirigiendo una búsqueda activa de participantes que cumplan la condición de convivencia con un bebedor problemático, se obtengan asociaciones más fuertes a nivel estadístico. El hecho de que obtener esta asociación en una muestra no clínica, es positivo y deja abierta la senda de la investigación en esta línea.

CONCLUSIONES

Dado que la codependencia no ha sido oficialmente reconocida como categoría diagnóstica, muchas personas afectadas por esta condición han estado mal diagnosticadas y mal tratadas durante años, frecuentemente pasan de un terapeuta a otro sin que ninguno de en el quid del asunto. Si tenemos en cuenta que según Riso (1999) la dependencia patológica interpersonal constituye alrededor del cincuenta por ciento de la consulta psicológica es necesario que generar investigación que nos aclare las distintas subcategorías que podemos agrupar bajo esta taxonomía general.

Sabemos de antemano que la codependencia no se ajusta a los criterios diagnósticos del DSM IV bajo el Rótulo de Trastorno de Personalidad por dependencia pero que si podría definirse como un *Trastorno Mixto no especificado de la personalidad que engloba rasgos patológicos dependientes y rasgos obsesivos compulsivos* ..

Sin embargo esta propuesta hace necesaria investigación de la codependencia como trastorno de personalidad apartándose de la conceptualización de la adicción emocional. Si la codependencia puede conceptualizarse como trastorno de personalidad entonces la construcción de instrumentos de medida es factible y necesaria para la investigación.

Mientras surge la investigación pertinente, dentro del ejercicio clínico debemos apoyarnos en los checklist y en la evaluación cualitativa, fue la identificación de esta necesidad la que me animo para realizar la síntesis del perfil que en este artículo propongo y que trata de aproximarse por lo menos a nivel teórico a la codependencia como Trastorno de Personalidad con un perfil claramente

identificable..

En 1948 muchos grupos de familia habían solicitado ser incluidos en el directorio de la Oficina de Servicio General de A.A. con la dificultad de no poder hacerlo por que la finalidad de esta entidad era ayudar exclusivamente al alcohólico.

En 1951 dos esposas miembros de A.A. Lois W., y Ann B., formaron un comité de la Comisión Directiva Central para establecer contacto con gente que solicitaba información y para coordinar y dar servicio a los 50 grupos que existían entonces. Después de efectuar una encuesta se eligió el nombre de grupos de familia Al-Anon, los doce pasos de A.A. virtualmente sin cambiar y después las doce tradiciones fueron adoptadas como principios de guía.

En 1955 se publicó el primer libro de Al-Anon, Grupos de Familia Al-anon: una guía para la familia de bebedores que presentan problemas. En 1965 se publicó un segundo libro llamado Al-Anon se enfrenta al alcoholismo que fue presentado en la convención internacional de A.A. en Toronto Canadá. En 1961 Al-Anon inició su conferencia anual de delegados de servicio mundial y de miembros voluntarios de la Oficina de Servicios Mundial para actuar como gran ente coordinador de la organización. De 1971 a 1976 a los 50 grupos originales se añadieron más de 12.000 grupos de los Estados Unidos, Canadá y muchos otros países. En 1995 habían más de 30.000 grupos en todas partes del mundo. (Al-anon, 1997).

Otras Características Frecuentes:

- A menudo escoge **profesiones asistenciales** que le permitan cuidar de otros y no preocuparse de si mismo tales como enfermería, consejería, psicología, trabajo social, medicina, ministerio religioso, educador, etc.
 - Hacen amenazas frecuentes de abandono para presionar el cambio en la pareja, sin embargo éstas no se hacen efectivas. Por ejemplo: "Si no cambias, te abandonaré"
 - Pensamiento absolutista en términos de todo o nada; siempre, nunca; blanco negro. Las cosas y las situaciones se expresan en extremos, los gradientes no se consideran.
 - Las personas agradables y sin problemas por resolver le resultan aburridas y le es complicado relacionarse con ellas.
 - Tiene una habilidad nata para detectar personas en dificultades y ofréceles su ayuda aun que no le sea solicitada.
 - Teme a las emociones intensas en si mismo y en otros y a las figuras de autoridad enojadas.
 - Habla casi siempre de los demás y evita hablar de si mismo, su historia esta llena de secretos y no habla de su pasado doloroso. Su pasado es prohibido y se ve como algo ya superado y rara vez lo relaciona con la problemática actual (si la percibe).
 - Cuando alguien se muestre emocionalmente perturbado automáticamente intentará averiguar lo que sucede y lo que siente para mejorar las cosas.
 - Miente sobre sus emociones y sentimientos, intenta disimular la realidad de lo que sucede con su pareja o familia y encubre a la persona con problemas. Sin embargo en la intimidad acusa, crítica y regaña.

Historia Familiar De La Persona Codependiente

Clásicamente el hogar de origen fue infeliz, desintegrado o caótico. Papá y mamá (madrstra, padrastro) estuvieron sumergidos en una lucha titánica abierta o encubierta donde quedaba poco tiempo y energía para ocuparse de las necesidades de los hijos. Existieron problemas graves en la familia que todos aprendieron a ocultar de si mismos y de los demás (Negación) y un acuerdo tácito de no hablar de lo que realmente ocurría o se sentía para no perturbar la falsa calma o empeorar la situación (restricción de la comunicación). Se generaron así las tres reglas básicas que se han observado en el patrón codependiente: No hablar, no confiar, no sentir, propuestas por Claudia Black en su libro con el mismo nombre.

En consecuencia, "la familia disfuncional es aquella donde existe una negación compartida de la realidad" ² y la frase tácita es "aquí no pasa nada". La comunicación carece de declaraciones de sentimientos y emociones y en su lugar aparecen temas inofensivos como el estudio, el trabajo, los problemas de otros, los deportes, la televisión, los hijos, los arreglos

caseros etc. En otras palabras los diálogos no tocan las verdaderas dificultades y sentimientos, de esta manera, los miembros están profundamente aislados a nivel emocional, se sienten incomprendidos, confusos y ansiosos.

La función de esta restricción en la comunicación donde existen temas vedados es mantener inalterada la negación a nivel de la realidad y de los emociones (estas últimas podrían indicar que algo anda mal) en el sistema familiar. Cuando se agitan los problemas urge encontrar un culpable, esto permite salvar la propia responsabilidad y autoimagen, así, "yo estoy bien y es otro el que esta mal", se trata de un maniobra defensiva que todos practican al unísono. De esta suerte, la propuesta de verdaderas soluciones donde cada uno asuma su participación en el problema y en su respectiva solución resulta imposible .

Con frecuencia, aunque no siempre, la familia disfuncional tiene problemas de abuso y adicciones a *sustancias psicoativas* como alcohol, píldoras, marihuana, coca etc. en uno o ambos progenitores o en algún otro miembro de la familia. Pueden encontrarse también trastornos mentales, violencia intrafamiliar, incesto y desviaciones psicopáticas, entre otras.

La lucha de la pareja empieza a afectar profundamente a los hijos y estos en el pensamiento egocéntrico propio de la infancia se atribuyen la culpa de los problemas de la familia e intentaran mejorar las cosas. Ahora todos están preparados para entrar en el juego donde se conforman bandos y coaliciones y se adecuaran a ciertos roles que sintetizaran e integrarán en su personalidad.

La estructura más común de esta familia es la siguiente: mamá es la mártir de papá (madrastra o padrastro); papá (padrastro) es un victimario egoísta, negligente, *adicto y/o maltratante*; el mayor de los hijos es el héroe de mamá (o la heroína de papá si la madre no cumple su función), trabaja joven y asume responsabilidades en el hogar, "su función es compensar las carencias y ofrecer coherencia, estructura y estabilidad a la familia"* , es frecuente que permanezca en casa en su etapa adulta olvidándose de su propia vida, este rol del hijo **responsable*** también puede verse cuando la mayor de las mujeres se ocupa de los asuntos de la casa y del bienestar de sus hermanos menores; **el independiente** aprende a ser autosuficiente o a no necesitar, no solicita nada a la familia por que sabe que no se ocuparan de sus necesidades, toma distancia del conflicto familiar, es responsable y abandona pronto el nido; **El solitario** su estrategia es evitar la interacción , permanece aislado, tiene pocos amigos y trata de no involucrarse en los pleitos familiares, de esta forma vive en su propio mundo; **La oveja negra o el hijo de conducta inadecuada*** se muestra rebelde y agresivo, pelea continuamente con los padres, esta consumido por la ira, es hipercrítico, viola las normas (carece de límites y puede llegar hasta la delincuencia), puede desarrollar patrones de consumo de sustancias, desvía la atención negativa hacia sí mismo mientras el verdadero problema familiar crece; **el conciliador*** es un negociador nato intenta mediar los conflictos familiares, trata de tener buenas relaciones con todos, intenta ser *bueno* para aliviar las cosas, busca que los demás se sientan mejor por lo que es experto en diluir las emociones negativas de los demás; **el adaptable*** esta profundamente desconectado de sus emociones, considera que puede aceptar cualquier cosa que suceda y no intentará cambiar la situación, se deja llevar por la corriente, no protesta, no participa, no se involucra en la vida de los otros; **el payaso** intenta distraer a la familia con humor y alejarlos del dolor, proporciona un distractor para evitar las confrontaciones, busca brindar un poco de alegría en medio del caos, se muestra entusiasta aun que esta igualmente afectado por la situación.

Estos estilos de roles son ilustrativos y en realidad suelen mezclarse dos o más en una sola persona, sin embargo es posible identificar el estilo dominante de adaptación dentro de la familia disfuncional. "Básicamente los hijos de la familia aprenden a hacerse invisibles, no necesitar nada para si mismos y no ser una carga más; ser buenos y proporcionar motivos de orgullo y así aliviar la situación; o ser malos y con su conducta inadecuada permitir que la atención y la tensión familiar se dirija hacia el hijo problema que acepta la culpa de la situación caótica, mientras distrae la lucha de la pareja".

Todos los roles exigen la desconexión de las propias necesidades y deseos así mismo como la ruptura con la propias emociones. Los hijos de familias con problemas aprenden a adecuarse a un rol o estrategia que les permite adaptarse a situación caótica de la familia, sus

miembros se acomodan en un intento por dar estabilidad al sistema y lograr su propia seguridad dentro de un ambiente lleno de amenazas y carencias emocionales.

Estos niños no viven su niñez, aprenden a cuidar de otros sean hermanos o uno de los padres, a no empeorar las cosas haciendo uso de la negación de la realidad y los sentimientos, a ser hiperresponsables y perfeccionistas para compensar el sistema familiar y dar motivos de orgullo o en el peor de los casos a ser la oveja negra y capturar toda la atención negativa de la familia.

En la otra cara de la moneda los padres fracasan en la satisfacción de las necesidades emocionales básicas de sus hijos, necesidades de aceptación, valoración y amor. Se puede decir con certeza que estos padres tienen también su propia historia familiar y en resumidas cuentas cuando un padre o madre fracasa en satisfacción de las necesidades emocionales de sus hijos es por que ellos mismos tienen esas carencias.

Los hijos de estas familias tienden a buscar parejas que les permitan recrear sus antiguas luchas infantiles repitiendo inconcientemente los patrones familiares de relación que aprendieron de niños. La familia es el socializador primario y donde se aprende la forma de relacionarse con los otros, se aprende a relacionarse con la pareja de acuerdo al modelo observado en la relación de papá y mamá.

A menudo, la persona codependiente, puede sorprenderse a sí misma repitiendo las misma conductas que observo en casa y que juró no repetir nunca. Esto sucede debido a que las estrategias adaptativas utilizadas en la infancia están profu

