

Alcoholismo, familia y codependencia.

Autor: Mariela Ferraro.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo final de integración es producto de la práctica pre-profesional V, pasantía de residencia, que la Universidad de Palermo tiene como requisito final de la carrera. La misma brinda la posibilidad de elegir entre muchas Instituciones para realizar esta última práctica, lo que permite reflexionar sobre aquellas áreas que realmente podrían ser objeto del futuro desempeño profesional.

La residencia consta de 320 hs., requeridas por la carrera de Licenciatura de Psicología, en prácticas profesionales y la institución elegida fue un hospital pública del conurbano. Las actividades se desarrollaron en el servicio de psicología que se encuentra ubicado en el servicio de internación pediátrica. Dicho consultorio de Psicología Pediátrica es supervisado por la Lic. Nora Gelassen, especializada en psicología infantil, orientación sistémica.

Los pacientes pediátricos son derivados al área de Psicología por los médicos, pediatras, que realizan esta indicación cuando el cuadro clínico lo requiere; en otras oportunidades, es la institución escolar la que solicita la intervención psicológica para casos de Trastornos de Aprendizaje o conductas disfuncionales de los menores.

Una de las tareas realizadas fue la visita a las distintas salas de internación pediátricas donde se conversa con el cuidador del niño internado y se completa una planilla con datos relevantes sobre el cuadro clínico, nombre de los padres, hermanos, abuelos del menor, dirección, tipo de vivienda, lugares que ocupan los distintos miembros de la familia en la casa para dormir, si hay problemas de alcoholismo, drogadicción, violencia familiar y observaciones de interés. Si el caso lo requiere y el cuidador está de acuerdo, se lo invita a una entrevista preliminar en el gabinete.

El contacto con los niños internados es una experiencia enriquecedora que permite observar rasgos personales, estados de ánimo, recursos de

mayor o menor adaptación tanto de los padres como de los pacientes que deben permanecer durante días en un lugar ajeno y distante de sus hogares.

Una visión panorámica de la problemática en salud permite ver que, el abuso de sustancias en el mundo entero ha rebasado ampliamente los criterios pronósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual determina que sea considerado como un problema de Salud Pública. Sus implicancias negativas no solo se expresan en el aspecto salud sino también en aspectos económicos, político y ético, muy venido a menos en estos tiempos. Es así que el pronóstico a largo plazo del abuso y la dependencia de sustancias entre la población más vulnerable habría que revisarlos a la luz del avance científico y de los aspectos macrosociales actuales.

El tema de las adicciones estuvo inicialmente centrado en la rehabilitación del adicto, pero en este último tiempo se potencializó el trabajo preventivo así como redefinir la población beneficiaria, es decir, a los actores indirectos en la problemática adictiva: La Familia. Las personas que acompañan al adicto en su carrera adictiva han sido denominados coadictos, quienes no necesariamente son familiares, pero que tienen una característica común, influir gradualmente en el mantenimiento de la adicción, recaídas del adicto en rehabilitación o del adicto rehabilitado. El tema codependencia o coadicción, es parcialmente nuevo en psicología y en el área de las adicciones. Inicialmente los familiares de alcohólicos y/o drogadictos fueron denominados facilitadores, rescatadores o contribuidores a la enfermedad, pero se empezó verdadera labor cuando surgió el movimiento de Hijos Adultos de Alcohólicos en la década de los años 70. (Ellis y Col., 1992)

En este Trabajo Final de Integración se abordará la problemática de las personas codependientes, asociadas generalmente al adicto al alcohol o drogas.

2. PLANTEO Y RELEVANCIA DEL TEMA A INVESTIGAR

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a todo el sistema familiar.

El problema de la adicción al alcohol o drogas lleva asociado, en un importante número de casos el problema de la codependencia, es decir los afectados indirectamente por la enfermedad. Entre ellos encontramos en primer lugar familiares directos, padres, cónyuges, hijos y en segundo lugar amigos y hasta compañeros de trabajo.

El término codependencia llega del campo de las adicciones y fue introducido a fines de la década del setenta en los centros de tratamiento para dependientes químicos de Minnesota. Con este término se intentaba definir a aquellas personas que se veían afectadas por la relación cercana con alguien que abusara de las drogas o el alcohol. Se observó que estas personas tenían ciertos patrones vinculares característicos.

Los coadictos tienen características clínicas que exceden el hecho de acompañar la vida del adicto o de enfermar por la cercanía con el mismo.

La información sobre este tema no surgió de ámbitos científicos, sino de los ámbitos de autoayuda como Al Anon, por lo que se hacen difíciles de corroborar y legitimar. Esta falta de criterios de ubicación gnoseológica provocó que el trastorno tomara diferentes acepciones coadicción, codependencia, dependencia emocional o afectiva, adicción a personas.

En este caso se hará una descripción de las relaciones de codependencia que se establecen en una familia donde el padre y marido es la persona alcohólica, ya que es éste el modelo más generalizado con que nos encontramos.

El objetivo de este trabajo final de integración es hacer un análisis de la dinámica familiar en aquellas familias con un miembro alcohólico. Se pretende resaltar las características de los integrantes de la familia que acompañan y conviven con el alcohólico, como es que éstas tratan de ajustar el sistema familiar ante la enfermedad de uno de sus miembros y

cómo es que ésta afecta a los diferentes miembros que la integran afectando a los hijos inclusive en la edad adulta.

El alcohólico se apega a la botella, la codependiente se adicta al alcohólico y los hijos no son mirados por ningún adulto, no ocupan el lugar de niños, sino por el contrario se convierten en niños-adultos, que miran y cuidan a sus padres, son los denominados hijos parentificados, los cuales en la adultez pasan a ser adultos-niños, o sea, vuelve a comenzar el círculo, se convierten en adultos codependientes o adictos.

3. OBJETIVOS

3.1- Objetivo general:

Identificar problemáticas comunes (codependencia) que tienen las personas que conviven con un familiar alcohólico.

3.2- Objetivos específicos

A)- Hacer un análisis de la percepción de la dinámica familiar en sujetos con un miembro alcohólico.

B)- Determinar posibles situaciones de codependencia

C)- Comparar respuestas a una escala de Codependencia en dos grupos con y sin familiar alcohólico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1- El alcoholismo

La Asociación Médica Americana y la OMS (Organización Mundial de la Salud) han reconocido al alcoholismo como una enfermedad que puede ser controlada pero no curada. Uno de los síntomas es un incontrolable deseo de beber. El alcoholismo es una enfermedad progresiva y mientras que el alcohólico siga bebiendo su impulso de beber seguirá aumentando. Si la enfermedad no es controlada puede dar como resultado la locura o la muerte. (Alcohólicos Anónimos)

La única manera de contrarrestar el alcoholismo es una abstinencia total. Autoridades en la materia coinciden en que el alcohólico, aun con varios años de sobriedad, no puede volver a beber, pues es una enfermedad crónica. (AA)

El DSM IV TR, incluye al alcoholismo como un trastorno de consumo de sustancia. La característica esencial de la dependencia de sustancia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. El alcohólico manifiesta un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva de alcohol. Se entiende por tolerancia a la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado. La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo que repercute a nivel cognoscitivo y fisiológico cuando la concentración de alcohol en la sangre disminuye.

El Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC, 2005) define el alcoholismo o dependencia del alcohol como una enfermedad que incluye los siguientes síntomas:

Deseo insaciable: una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.

Perdida de control: la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.

Dependencia física: síndrome de abstinencia con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.

Tolerancia: la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol con fin de sentirse eufórico.

El alcoholismo es una enfermedad que afecta las áreas biológica, psicológica y social de las personas, es una enfermedad crónica, progresiva y mortal. No existe, hasta el momento, una cura para el alcoholismo pero si existen diversos tratamientos que controlan la cronicidad, progresión de la enfermedad y sintomatología.

Se analizará exhaustivamente esta definición. La OMS sostiene que el alcoholismo es una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber, lo que da lugar a que en la mayor parte de las ocasiones el afectado lo haga en forma excesiva y desarrolle problemas en su salud, su familia, su trabajo y en su relación con la sociedad en general. Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física al alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo y por una predisposición, genéticamente determinada, para la adicción a sustancias. (Elizondo, 1994)

El alcoholismo antes que nada es una enfermedad: el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1953 le dio esta categoría, pues reúne los requisitos de un padecimiento humano que puede ser identificado, diferenciado de otros, diagnosticado, pronosticado, tratado, rehabilitado y prevenido dentro de los principios fundamentales del modelo médico. (Elizondo, 1994)

Una persona que ha desarrollado el alcoholismo, aunque deje de beber seguirá siendo alcohólica. Un bebedor normal o un alcohólico pueden estar

borrachos en un momento dado, pero un alcohólico, aunque no esté borracho, sigue siendo un alcohólico, porque el alcohólico al tener una dependencia tanto física como psíquica, cada vez que utiliza la sustancia cae otra vez en los patrones de abuso, sin importar el tiempo que haya transcurrido desde la última ingesta.

El término enfermedad crónica se refiere a un estado patológico que el individuo tendrá toda su vida. Este desorden crónico podrá tener etapas de control o asintomáticas en donde no se manifiesten los síntomas de la enfermedad, pero esta se mantiene potencialmente dentro del paciente afectado. Una enfermedad crónica se controla, pero no se cura. El alcohólico, mientras no beba su padecimiento estará controlado, pero en cuanto vuelva a beber los síntomas de su enfermedad se volverán a manifestar, poniendo en riesgo su salud e incluso su vida. Se dice que esta enfermedad tiene un desarrollo insidioso porque es muy difícil precisar el momento en que se declara. En esto radica una de las principales dificultades para el diagnóstico temprano del alcoholismo, y lo más importante: que el sujeto afectado identifique, reconozca y acepte que se le ha declarado una enfermedad que pone en riesgo su salud y su propia vida. La mayor parte de los enfermos alcohólicos reconocen su enfermedad o solicitan ayuda médica cuando ya está muy avanzado el proceso o se ha presentado alguna complicación médica muy grave que está comprometiendo su vida. Igualmente, muchos médicos o psicoterapeutas, por la misma insidia de la enfermedad, no saben reconocerla oportunamente y, en muchos casos, sólo le dan al bebedor problema la categoría de enfermo cuando ha desarrollado alguna complicación médica, como puede ser la cirrosis hepática o el delirium tremens (delirio con temblor).

El alcoholismo se considera una enfermedad porque el conjunto de fenómenos derivados de la pérdida de control llena todos los requisitos que la medicina exige para considerar como enfermedad a determinado conjunto de signos y síntomas: 1) Tiene una historia natural; 2) Hay un cuadro clínico perfectamente identificado y similar para todos los individuos que lo padecen; 3) Hay una etiología (causas); 4) Una fisiopatogenia (el desarrollo

de los factores fisiológicos y patológicos subyacentes a la enfermedad); 5) Un pronóstico; 6) Un esquema terapéutico integral y 7) Una serie de estrategias para su prevención. (Elizondo, 1994)

Las consecuencias lógicas de esta incapacidad de controlar la manera de beber son la ingesta excesiva de alcohol y los trastornos de la conducta, los cuales dan lugar a la transformación de la personalidad del alcohólico cuando se embriaga. El individuo se torna irresponsable, necio, agresivo, y peligroso. Desarrolla problemas de salud física y mental como consecuencia de los niveles tóxicos de alcohol que frecuentemente presenta y de los problemas a nivel de su familia, de su trabajo o su escuela y también de tipo legal o de desprestigio social. No es necesario que se presenten estos cuatro tipos de complicaciones para hablar de alcoholismo. Con una sola de estas áreas afectada es más que suficiente para apoyar el diagnóstico. (Elizondo, 1994)

4.1.1-Herencia y/o aprendizaje

El individuo desarrolla una dependencia psíquica, obsesión por la bebida y necesidad de su consumo para aliviar tensiones y física, compulsión por la bebida e incapacidad para detenerse una vez que se ha empezado a beber, como consecuencia de dos factores: uno de tipo heredado y otro de tipo aprendido. El factor heredado es una predisposición genética hacia la enfermedad con la cual seguramente nació el individuo. Está ampliamente demostrado el factor genético en la etiología del alcoholismo, ya que todos los alcohólicos tienen un familiar en primero o segundo grado que también lo es, aunque vale la pena aclarar que esta predisposición genética no es determinante para el desarrollo del alcoholismo sino que, necesariamente, tiene que interactuar con los otros dos factores etiológicos de la enfermedad, que son el factor psicológico, vulnerabilidad psicológica para el manejo de las emociones y el factor sociocultural, estar inmerso en un medio propicio para el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas.

El factor aprendido se refiere a la influencia sociocultural que recibe el bebedor. La mayor parte de los bebedores, genéticamente predispuestos hacia la enfermedad del alcoholismo y con una vulnerabilidad psicológica que les dificulta el manejo de sus emociones, son presa fácil de un medio ambiente lleno de mitos, prejuicios y tradiciones culturales que los llevan al consumo frecuente y excesivo de alcohol (bebedor excesivo habitual). El alcoholismo es una enfermedad compleja, multifactorial (bio-psico-social), que presenta diferentes fases en su desarrollo evolutivo. (Elizondo, 1994)

Beber compulsivamente afecta al alcohólico y al mundo que lo rodea: amistades, empleo, hijos, padres, relaciones amorosas, matrimonio, todos sufren los efectos del alcoholismo. Los que quedan más profundamente afectados son los que están en contacto directo con el alcohólico, la familia, la esposa y los hijos. El alcoholismo es una enfermedad de la familia.

4.2- La codependencia

4.2.1- Evolución del concepto de codependencia.

El término codependencia, se encuentra ligado en sus orígenes al problema del alcoholismo. Es así como, en la década de los 40, a partir del nacimiento de Alcohólicos Anónimos, se describieron una serie de disfuncionalidades que sufrían las mujeres de adictos alcohólicos, que hoy en día se podrían designar como codependientes. Sin embargo el término como tal “solo fue acuñado en el año 1979 para referirse a personas que se habían hecho disfuncionales como resultado de vivir en una relación de compromiso con un alcohólico” (Beattie, 1987)

Por tratarse de un concepto muy reciente en el tiempo, existen problemas de definición asociados al término codependencia. El concepto se ha ampliado desde el campo específico de las familias de alcohólicos y drogadictos a campos tan diversos como relaciones entre homosexuales, profesionales de la salud, familias de impedidos crónicos, etc. Sin embargo,

el área donde reside su mayor significancia sigue siendo el del alcohólico y la drogadicción. (Coddou Méndez, A.; Chadwick Lira, M. 1999)

La evolución del término ha contribuido a confusión y ha dificultado la labor en que muchos profesionales de la salud se encuentran, llegar a un acuerdo con respecto a los criterios que se utilizarán para diagnosticar la codependencia.

A medida que avanza la dependencia química comienza el involucramiento de cada miembro de su familia, afectándose así el sistema familiar completo. Cada miembro familiar comenzará a jugar un rol en dicha disfunción, lo que se traducirá en lo que los autores han llamado una forma codependiente de funcionar. Lo anterior tiene como consecuencia, entre otras cosas, que la dependencia química siga su curso, agravándose la mayoría de las veces. Es por esta razón que se consideran que cualquier dependencia química en particular, es una enfermedad familiar. (Cermark, 1986)

A medida que la dependencia química continúa su progresión en uno de los miembros de la familia, los otros miembros comienzan a desarrollar conductas de ajuste a esta nueva situación.

En un principio, el codependiente puede considerar las conductas inapropiadas del alcohólico como normales o como resultado de otros problemas como el estrés. Paulatinamente el codependiente comienza a quitarle valor a sus propias observaciones y reacciones, negando de este modo la existencia de un problema.

4.2.2- La Codependencia.

El problema del alcoholismo no sólo provoca daño al individuo que consume alcohol. Por estadísticas se sabe que por cada alcohólico activo, un mínimo de siete personas de su entorno sufren en mayor o menor grado. El problema de la adicción al alcohol u otro tipo de drogas revela la existencia

de otros problemas asociados, como es el de la codependencia, que afecta de manera indirecta a algunas de las personas más próximas al dependiente. (Martí Palacios, A. 2006)

Codependiente es aquella persona cuya atención, intereses, energía e incluso de manera general, su vida gira alrededor de un adicto de forma enfermiza, generándole sufrimiento. Es una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones, fruto de la propia inseguridad (Mansilla Izquierdo, F. 2001)

El término codependencia que comenzó por definir a aquellas personas cuya vida se había vuelto ingobernable como resultado de la relación cercana y el compromiso con la vida de un alcohólico, comenzó a despertar interés este papel cumplido por la familia del adicto, ya que era fundamental en el mantenimiento o en la recuperación de la enfermedad. Hasta aquí todos los enfoques estaban centrados en el problema del adicto.

Sin embargo los profesionales de la salud comenzaron a advertir que estos codependientes presentaban rasgos comunes y tenían un patrón particular de relación, de pensar, sentir y actuar que los iba enfermando progresivamente. (Faur, 2001)

Algunas definiciones, a partir de la década del 80, comienzan a arrojar luz sobre el fenómeno:

Según Wegscheider-Cruse (1985), la codependencia se definiría como...” una condición específica, que se caracteriza por una preocupación y una dependencia extrema en el nivel emocional, mental, social y/o física, sobre una persona u objeto. Eventualmente esta dependencia de otra persona llega a convertirse en una condición patológica que afecta al codependiente en todas las demás relaciones que establece en su vida. Siendo la codependencia un patrón de conocimientos en sus relaciones y formándose un modo de vivir. Es una manera de experimentar la realidad a través de una muy baja autoestima. Es un proceso que comienza con el amor y la

esperanza de poder cambiar a otro ser humano y que termina en desesperación y odio a sí mismo a través del fracaso inevitable”

Schaef (1986) propone que “la/el codependiente tiende a caracterizarse por su baja autoestima, sus dificultades para satisfacer sus propias necesidades y por la valoración de su propia identidad basada en la valoración externa”.

“Una persona codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte, y que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona”. (Beattie, 1987)

Dentro de la misma línea de Schaef, Whitfield (1989) sostiene que “codependencia es cualquier padecimiento o disfunción que va asociado o es resultado de focalizar el interés propio en las necesidades y conductas de otros”

Haaken (1993) la define como “una patología del vínculo que se manifiesta por la excesiva tendencia a encargarse o a asumir las responsabilidades de otros”

Codependiente es la persona que permite que el comportamiento de otro afecte al punto de llegar a obsesionarse con la idea de controlarlo. Es un estado de pensar, sentir y actuar hacia un adicto, de forma obsesiva, compulsiva y una dedicación para hacer que él deje su adicción lleva al codependiente a descuidar sus propias necesidades. Vive a través del adicto, pierde su propia identidad con el último fin de salvarlo y para lograrlo tiene que controlarlo. (Beattie, 1987).

En algunos estudios, se ha reportado que las personas de sexo femenino son quienes con mayor frecuencia desarrollan el comportamiento codependiente, como la madre o la esposa del adicto. (Velásquez, 1988)

Haaken (1990) presenta la codependencia como una condición que tiene una variedad de síntomas, pero basado fundamentalmente sobre una personalidad patológica, que se formó en el sistema familiar. Algunos de los

síntomas más significativos del codependiente son el miedo, la tristeza, el odio, el resentimiento y las inseguridades.

Según Harper y Capdevilla (1990), en su artículo *Codependency: A Critique*, desarrollan la codependencia como una enfermedad, como una conducta disfuncional y como un desorden de personalidad. La codependencia es conceptualmente tan compleja que, como Trastorno de la Personalidad, requeriría de por lo menos cuatro categorías diagnósticas para contenerla, es decir, combinando características halladas en: Dependencia por sustancias, trastornos de Personalidad dependiente, Límite (borderline) y el Histriónico.

Cemark (1991) propuso el siguiente criterio de diagnóstico para la codependencia:

α. Continua inversión de la autoestima en la capacidad para controlar sentimientos y conductas de sí mismo y de los otros frente a serias consecuencias adversas.

β. Asunción de responsabilidades para satisfacer las necesidades de los demás excluyendo el reconocimiento de sus propias necesidades.

χ. Ansiedad y distorsión de los límites en situaciones de intimidad y separación.

δ. Involucrarse con individuos de personalidad químicamente dependiente, desordenadas e impulsivas.

ε. Exhibe tres o más de los siguientes rasgos:

- Excesiva dependencia de la negación.
- Constricción de las emociones
- Depresión
- Hipervigilancia
- Compulsiones
- Ansiedad
- Consumo de sustancia
- Víctima recurrente de abuso físico o sexual
- Enfermedades médicas relacionadas con el estrés

- Ha permanecido en una relación primaria con un activo consumidor de sustancia por lo menos 2 años sin pedir ayuda

El concepto y criterio de diagnóstico de Cemark se encuentra en estudio para su inclusión en el DSM dentro de la clasificación trastorno de personalidad no especificado. (Faur, 2002)

Si bien el alcohólico es adicto a una sustancia, el codependiente es adicto, a vivir a través del alcohólico. En otras palabras, se podría decir que el codependiente es aquella persona que depende de las emociones y del control del otro. De forma paralela, también es posible que llegue a manipular como una manera de conseguir lo que ella cree necesitar el dependiente a la sustancia. En este sentido, se reconoce en el otro y la creencia más habitual es: “si tú está bien, yo estoy bien. Si tú estás mal, yo estoy mal.” (Melody 1989)

El codependiente se hace responsable de los pensamientos, sentimientos y las acciones del otro e igualmente considera que la otra persona es responsable de sus sentimientos, acciones y pensamientos; en definitiva, un codependiente no sabe dónde acaba él y empieza el otro.

4.2.2.1- Características de la codependencia.

Una de las principales características del codependiente es que desarrolla una hipertolerancia al sufrimiento emocional que lo hace capaz de soportar situaciones dolorosas por períodos prolongados que otras personas no tolerarían, apoyándose en el mecanismo de defensa de la negación, para proteger su suministro, para poder continuar con la relación justificando y minimizando los incidentes que en ella ocurren. (Faur, 2002)

Estas personas se sobre adaptan a la realidad externa en detrimento de su propia realidad psíquica, negando las señales que les advierten que están sobrepasando su propia capacidad de resistencia. Esto las hace en extremo vulnerables ya que fallan sus mecanismos de autoprotección. (Faur, 2002)

Se sienten atraídas por gente necesitada, conflictiva, irresponsable o perturbada a quienes consideran que pueden ayudar y salvar por medio de su amor y sus cuidados. (Beattie, 1987)

Se obsesionan con la vida de los demás. Ponen toda su energía en ello y pierden el foco de sus propias necesidades e intereses. (Beattie, 1987)

Desarrollan una hipertolerancia frente a situaciones abusivas y son capaces de hacer cualquier cosa para evitar que una relación se termine porque tienen gran dependencia emocional. Tiene la sensación de no ser suficientes y de no hacer nunca lo suficiente. Tiene baja autoestima y gran necesidad de valoración externa. (Schaefer, 2002)

Minimizan, justifican y niegan lo que sucede en la relación. Se mientan a sí mismos y a los otros, respecto de la realidad de la situación. (Faur, 2002)

Tienen serias dificultades para conectarse con el placer y el bienestar. (Bettie, 1987)

La identidad del codependiente depende absolutamente de su otro significativo. Desde este punto de vista se logra comprender la intensidad del temor frente a un eventual separación, ya que se pone en juego la identidad misma. (Cermak, 1986)

4.2.2.2- ¿Quiénes llegan a ser codependientes?

Los codependientes provienen de familias de origen que constituyeron hogares disfuncionales, donde los progenitores no pudieron hacerse cargo del cuidado de sus hijos, por lo cual el rol recayó tempranamente en uno de ellos que desde entonces asumió responsabilidades de adulto. (Faur, 2002)

Estos niños que no cuentan con los recursos de adultos aunque tengan que cumplir con las responsabilidades de serlo son los llamados hijos parentificados. (Washton, 1989)

Este patrón es llevado luego a su vida de relación y entonces es lógico que se sientan atraídos por alguien a quien cuidar, ya que suponen que es la única manera en que serán amadas y reconocidas. (Faur, 2002)

4.2.2.3- Tipología de la codependencia

Mansilla Izquierdo (2001) identificó cuatro tipos de codependientes:

Directo, su conducta va desde proporcionarle la droga hasta el dinero o el lugar donde pueda consumir la droga.

Indirecto, que mantiene una oposición declarada a la adicción, pero a la vez, protege al adicto, y evita que se responsabilice de sus acciones.

Tolerante, desempeña el rol de sufridor. Su rol no es modificar el comportamiento del adicto sino contemplar como se autodestruye pero queriendo sacar lo que queda bueno en él.

Perseguidor, es el más comprometido en controlar al adicto, busca descubrirlo y opera con un control extremo. (Mansilla Izquierdo, 2001)

4.3- La Familia

Sluzki (1970) define la familia como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen.

4.3.1- Características genéricas de familias funcionales

Son dialécticas, evolucionan en un constante devenir. En ellas van a surgir circunstancias que promuevan su crecimiento individual y grupal, pero a la vez van a aparecer en determinados momentos de su existencia crisis y contradicciones. A partir de estos dos aspectos aparentemente antagónicos: el crecimiento y la crisis, sus integrantes van a movilizar sus recursos para que su membrecía se afirme y movilice hacia un continuo desarrollo utilizando las crisis como pulsión para su ulterior crecimiento. Ninguna familia permanece estática dado que su historia es un permanente devenir. Depende como una familia se organiza y moviliza para enfrentar sus problemas y crisis y posibilitar su crecimiento.

Son dinámicas, la acción o conducta de cada uno de sus integrantes influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus demás integrantes y viceversa. Y es que la conjunción y la interacción entre ellos integra similares sucesos familiares, por lo tanto cada uno de sus integrantes puede definir y hasta pronosticar la posición, el comportamiento, las alianzas estratégicas, los sentimientos, las conductas reactivas, etc., de los demás miembros en base a la historia que los une y por el rol que les ha tocado

desempeñar en el interior de la propia familia. Si la relación que establece determinado miembro hacia otro de su sistema es saludable, esto va a reverberar en los demás integrantes y viceversa, pero sino es saludable la repercusión tampoco lo será.

Son relativas toda familia surge en un determinado momento histórico y brinda a sus integrantes protección, seguridad, afecto, expectativas para su desarrollo, como también -de manera contradictoria- puede iniciar, desarrollar e implementar una serie de mecanismos psicológicos que hacen que se mantengan una serie de comportamientos no funcionales y perjudiciosos para sus integrantes y que convierten a la familia funcional en disfuncional, es decir nociva para el desarrollo saludable de sus integrantes.

Están en una situación relacional y compatible, las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar se inserta, influyen en su estructura, funcionabilidad, sistema ideativo y viceversa. Se puede decir entonces que la particularidad de una familia en un determinado momento histórico de su ciclo vital puede desempeñar un rol saludable y positivo, propiciando el crecimiento y desarrollo de sus integrantes. Pero que con el transcurrir del tiempo, de mantenerse éstas mismas características particulares pueden convertirse en no saludables y tornarse anacrónicas, divergentes y reaccionarias a la evolución funcional de la familia y por lo tanto disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes. (Bradshaw, J. 2000)

La teoría del apego, desarrollada por Bowlby (1969, 1973, 1980), postula una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Como núcleo de la teoría se encuentra la reciprocidad de las tempranas relaciones, la que es una precondition del desarrollo normal (Hofer, 1995). Las conductas de apego del infante humano (p.ej., búsqueda de la proximidad, sonrisa, colgarse) son correspondidas con las conductas de apego del adulto (tocar, sostener, calmar), y estas respuestas refuerzan la conducta de apego del niño hacia ese adulto en particular que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. La experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, que es, por tanto, primero y por encima de todo, un regulador de la experiencia emocional (Sroufe,

1996). En este sentido, se encuentra en el centro de muchas formas de trastornos mentales.

Bowlby propuso que los "modelos internos activos" del self proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores. Tales modelos son relativamente estables a lo largo del ciclo vital (Collins y Read, 1994). El sentimiento autónomo del self emerge a partir de relaciones seguras entre los padres y el infante (Emde y Buchsbaum, 1990; Fonagy et al., 1995a; Lieberman y Pawl, 1990). La investigación longitudinal prospectiva ha demostrado que los niños con historia de apego seguro poseen mayor capacidad de resistencia, son más autoconfiados, orientados socialmente (Sroufe, 1983; Waters, Wippman y Sroufe, 1979), empáticos para el malestar (Kestenbaum, Faber y Sroufe, 1989), y desarrollan relaciones más profundas (Sroufe, 1983; Sroufe, Egeland y Kreutzer, 1990).

Cuando las necesidades físicas y emocionales del niño no son satisfechas de una manera adecuada, su self verdadero construye un yo subordinado para superar las etapas evolutivas, permitiéndole superar las experiencias problemáticas de la infancia, sirviendo a los demás y descuidándose a sí mismo. Estas conductas que utilizan para ser aceptados, queridos o importantes y a través de las cuales buscan aliviar el dolor de sentirse abandonados, son repetidas en todas las relaciones interpersonales. El codependiente percibe el mundo interrelacional como peligroso, entre la necesidad de proteger y el temor a ser abandonado.(Mansilla Izquierdo,2001)

El factor predisponente de la codependencia es el fallo en el vínculo madre-hijo, el cual no ha posibilitado que a través de la relación con la madre el niño haya desarrollado su yo, self, su propia subjetividad. (Fernando Mansilla Izquierdo, 2001)

4.3.2- Familia disfuncional

Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al

relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas. (Vargas, 1998)

El enfoque sistémico contempla diversos modelos intermedios, interaccional, estructural, estratégico. Cada uno de estos modelos propone una descripción de familia disfuncional que a pesar de plantear ciertas diferencias entre sí básicamente coinciden en la descripción y funcionamiento familiar, falta de resolución de conflictos y desligamiento o su opuesto, aglutinamiento. (Framo, 1990)

4.3.3- La familia adictiva.

El modelo de sistema de familia alcohólica presenta cuatro principios básicos:

1) Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste se han convertido en principios organizadores centrales en torno a los cuales se estructura la vida en familia. 2) La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia. Por lo general, esta alteración impulsa a la familia acentuando la estabilidad a corto plazo, a expensas del crecimiento a largo plazo. 3) El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico se ve con mayor claridad en los cambios en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta poco a poco su vida a las exigencias del alcoholismo. 4) A su vez, los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general de crecimiento y desarrollo de la familia. Son cambios en el ciclo normativo de ésta, llamados deformaciones del desarrollo (Steinglass, Bennett, Wolin, 1987)

Podemos decir que, en una familia alcohólica, el problema de dependencia es mantenido por todos los miembros del sistema familiar, ya que, en su afán por ayudar al adicto, prolongan la enfermedad por la falta de aceptación de ésta. Acaban, de esta manera, transformándola en un problema conductual, creando la ilusión de que se puede controlar.

Mendenhall afirma que, “cualquiera que aprende a ajustarse al ambiente que se da en un sistema familiar adictivo debe adoptar un comportamiento desadaptativo para poder sobrevivir” (Mendenhall, 1989).

En la familia se van desarrollando dinámicas resultantes del estrés, a medida que cada miembro se va adaptando a situaciones estresantes, el sistema familiar se va enfermando y el ambiente familiar, a su vez, va produciendo cambios emocionales en todos los miembros de la familia. (Steinglass, Bennett, Wolin, 1987)

Entre las características más comunes en estas familias nos encontramos con: la sobreprotección, la fusión o unión excesiva entre los miembros, la incapacidad para resolver conflictos, la rigidez extrema, la falta de intimidad, una nula comunicación o evitación del dialogo, la presencia en la familia de un continuo estado de estrés ante la conducta impredecible tanto del alcohólico como del codependiente. La enfermedad ha hecho que cada miembro de la familia tenga un papel específico funcionando disfuncionalmente. En este contexto, los miembros de la familia se defienden de su realidad negándola, lo que hace que el sufrimiento sea crónico; así, la familia llega a inmunizarse, desarrollando una tolerancia y adaptación al sufrimiento. La tristeza, la desilusión, la amargura, la soledad, el rencor y la nostalgia están presentes en cada uno de los miembros. (Bradshaw, 2000)

La familia del paciente alcohólico es aquella que ha permitido que la enfermedad del alcoholismo afecte en su funcionamiento al sistema familiar. Esta afectación se debe con mucha frecuencia, principalmente a que los convivientes con enfermos adoptan inconscientemente patrones de conducta similar a él, por lo tanto son personas aisladas, negadoras y justificadoras de sus conductas destructivas hacia los demás y autodestructivas, y tienen problemas tanto emocionales como conductuales. Lo primero que deben hacer estas familias es darse cuenta de que el alcoholismo afecta a toda la familia no nada más al alcohólico, ya que mientras uno pasa la vida sin poder abandonar la bebida, los otros gastan sus vidas en lograr que el alcohólico no beba. Cuanto más disfuncional sea la familia, más grave será el daño que ocasiona a sus miembros, y sobre todo en los más vulnerables: los hijos. (Steinglass, Bennett, Wolin, 1987)

Algunas de las características que presenta la familia alcohólica, en el entendido de que no hay un solo tipo de familia alcohólica, sino que es una diversidad muy amplia, son: sistemas cerrados que funcionan por el bien del alcohólico, su comunicación en términos generales es deshonesta, sobre todo porque tratan de ocultar la verdad de su dolor ; sus vínculos son muy débiles, y el que tiene la pareja necesita de triangulaciones para “estabilizarse”, con uno de los hijos; esta característica hace que la atención que les proporcionan a sus hijos sea poca y no enfocada hacia ellos. Tienen problemas con los límites ya que los generacionales están enmarañados y los individuales son intrusivos, inconsistentes y enredados. Carecen de confianza en la mayoría de las situaciones familiares y sobre todo en la auto percepción de la realidad, esto hace que constantemente la cambien. Con mucha frecuencia se ven interrumpidas las tareas del desarrollo sobre todo para los niños, por supuesto que esto se acompaña de un reforzamiento variable e intermitente, además de que la disciplina es irracional e inconsistente, y por si fuera poco el modelaje de los roles de sexo, edad y otros, resultan totalmente inapropiados. Aunque los miembros de estas familias tienen los sentimientos a flor de piel, no los expresan y a los niños se les enseña a reprimirlos, cuando los padres logran expresarlos lo hacen de manera inapropiada para la situación o los restringen o expresan de manera excesiva. (Steinglass, Bennett, Wolin, 1987)

La conducta global de la familia en términos generales es caótica e impredecible, con un ambiente marcadamente estresante y rígido, con períodos de violencia de diferentes grados, tanto entre los diferentes subsistemas, como dentro de los subsistemas, hacen amenazas constantes y si no hay violencia física y verbal existe la emocional, la cual es muy acentuada. Por lo general los miembros viven angustiados y con sentimientos de abandono, pero todos con estas conductas y sentimientos tratan de ocultar lo que es obvio, poner orden y estabilizar lo caótico, por lo que presentan un desgaste intenso. La familia hace sus reglas muy rígidas para mantener a sus miembros unidos, de manera muy general las reglas que tienen son: a) la utilización del alcohol por el enfermo, es lo más importante en la vida de la familia; b) se debe creer que el alcohol no es la causa del problema de la familia; c) el motivo del alcoholismo es causado por alguna

persona, o alguna situación y no por el enfermo; d) el estatus que se debe mantener cueste lo que cueste; e) en la familia todos deben de ser tolerantes y permisivos, y f) los miembros de la familia no pueden hablar de lo que ocurre en la familia, ni entre ellos y mucho menos con “intrusos”. Se podría sintetizar que la dinámica familiar alcohólica está caracterizada por situaciones de conflicto, con predominio de la confusión, falta de apoyo y carencia de afecto. Las necesidades humanas que generalmente son cubiertas en las relaciones interpersonales normales son: amar y ser amado; ser necesitado y aceptado; tener seguridad y un sentido del logro; sentirse útil; y tener un propósito en la vida, pero en un principio cuando se instala el alcoholismo en una familia existe el riesgo de que estas necesidades no sean cubiertas, pero cuando la enfermedad avanza, las necesidades cada vez están más insatisfechas. Con ello se desarrollan y crecen los sentimientos negativos, la comunicación se debilita, las relaciones pueden distorsionarse muy lentamente e imperceptiblemente hasta que nadie en la familia tenga un sentido de sí mismo, que sea sano. Cuando la enfermedad continúa su curso, las tensiones diarias y las incertidumbres experimentadas, como la preocupación, el temor, el miedo y la cólera, pueden distorsionar el poder de razonamiento, por eso la mayoría de las reacciones son emocionales y a menudo destructivas. Estas familias carecen de períodos de la calma, fáciles de vivir, que puedan permitir incluso un poca de objetividad, mientras que el alcohólico se anestesia de gran parte del dolor de los problemas diarios, los miembros de la familia no lo hacen y generalmente experimentan tanto el sufrimiento del alcohólico como el de ellos mismos, a menudo lo resienten, pero no saben cómo evitarlo. A veces se culpan por la conducta del alcohólico, están temerosos de las consecuencias imprevisibles de la bebida, y de las reacciones del alcohólico; se sienten culpables por las lagunas de memoria que presentan los enfermos y en su interior hay duda acerca de si su propio contacto con la realidad es adecuado y les causa un miedo ominoso sobre su salud mental. (Washton, 1991)

4.3.4- Rasgos de la familia adictiva.

La familia adictiva suele presentar ciertos rasgos que tienen que ver con los modos de interactuar de sus miembros.

1. Comunicación disfuncional: en estas familias nadie se hace responsable por lo que dice. La comunicación es indirecta y raramente se dice lo que se quiere decir.

a) La violencia sorda se ejerce porque no se tolera la confrontación, y el silencio sobre lo que le está pasando a uno de los miembros, exige a los otros que adivinen de que se trata, mientras que se los manipula a través de la culpa: “vos sabés bien que me pasa”.

b) Se acostumbra a intimidar a través de la burla o de la directa amenaza, y a hablar de los miembros de la familia a sus espaldas. Esto hace que todos estén permanentemente en guardia ante la inminencia de una agresión.

c) Los miembros de una familia disfuncional no se comunican directamente con el otro, siempre lo hacen a través de otro. Si se tiene una queja contra el padre, es muy raro que se lo digan directamente a él, generalmente se lo dirán a la madre, o a uno de los hijos en la seguridad que le llegará al padre.

2- Carencia de modelos para la resolución de problemas: muchas familias adictivas niegan la existencia de problemas, y no es posible resolverlos si no son capaces de hablar de ello. Por lo tanto los hijos terminan por sentirse incapaces de afrontar las cosas que van pasarle en su vida de adulto, porque nadie les ha enseñado a resolver sus conflictos y a emprender acciones constructivas.

3- Trauma: El trauma se define como una experiencia negativa que tiene un efecto profundo y duradero. Los traumas más comunes son:

Uno de los padres es adicto a las drogas o al alcohol

La enfermedad grave o la muerte de un miembro de la familia

El abuso sexual por parte de un miembro de la familia adulto (violación o incesto)

4- Ausencia de alegría y diversión: Cuando no hay espontaneidad, es muy raro que haya alegría. Cuando el objetivo es tener todo bajo control la diversión es imposible. El sano esparcimiento requiere de personas relajadas dispuestas a hacer cosas divertidas algo que la familia disfuncional no puede

permitirse.

A menos que se tome conciencia de la existencia de estas reglas y rasgos de la familia disfuncional, vamos a seguir pasándolos de generación en generación. (Washton, 1991)

4.3.5- La pareja

En este contexto, lo habitual es encontrarse a la figura de una esposa que se siente responsable de todo, e incluso del alcoholismo de su esposo, justificando las acciones del marido, dando excusas continuamente para ocultar o evitar las consecuencias de esta adicción. La esposa trata de controlar tanto al esposo, como a los demás miembros de la familia de manera compulsiva, buscando una continua sensación de seguridad. Expresado en otras palabras: ella sería considerada, desde esta perspectiva, como una adicta al alcohólico y a sus problemas. (Mellody, 1989)

El alcoholismo y la codependencia son las dos caras de una misma moneda, la misma enfermedad. Ambos, como en cualquier proceso de adicción, comparten las mismas características de negación, obsesión, compulsión y pérdida de control. El codependiente también mantiene, como el alcohólico, la ilusión de control. Los dos encubren, niegan y esconden sus sentimientos, mostrándose como poderosos y fuertes, pero en realidad los dos carecen de autoestima y buscan el reconocimiento el uno en el otro; tienden al aislamiento y a rituales cada vez más rígidos para mantener la sensación de control. (May, 1994)

Viven en una ambivalencia continua entre culpar al otro de todas sus desgracias y culparse a sí mismo de todas las desgracias del otro, en definitiva, hacen cualquier cosa, menos asumir la responsabilidad de sus acciones como individuos. Sienten que algo está mal, pero ya no pueden identificar qué es, llegando a creer que la vida debe ser eso y que es lo normal vivir así. (Bradshaw, 1996)

La esposa vive con la expectativa de lograr el cambio de comportamiento del alcohólico, sintiéndose responsable de ese cambio en él. Suele estar presente, por otra parte, el miedo ante la posibilidad de quedarse sola o a ser rechazada en el supuesto de que abandonara al marido enfermo. Todos estos síntomas reflejan una clara falta de autoestima. (Schaefer, 2002)

4.3.6- Los hijos

La codependencia puede también ser percibida como el comportamiento de los hijos de drogodependientes, de enfermos mentales graves y en hijos que han perdido a un progenitor en una edad temprana. (Fernando Mansilla Izquierdo, 2001)

En estas familias a los niños se les pide que asuman responsabilidades adultas y se les impide actuar como niños. Se les enseña a postergar sus necesidades para cuidar a otros. (Whitfield, 1984)

Cuatro suelen ser los roles de estos hijos, según Mansilla Izquierdo:

El héroe de la familia o niño adulto, es el hijo parentificado que adopta el rol de padre o /y 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 más importantes de la familia para que esta no se desintegre.

El niño perdido, 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.

El hijo problema sirve de chivo expiatorio 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.

Y por último el hijo mascota o payaso, suele ser el menor, es frágil, inmaduro, tiene muchos amigos, es simpático, su único objetivo es agradar a los demás. (Mansilla Izquierdo, 2001)

Los hijos, y aún cuando ellos no consuman sustancias, desarrollaran los mismos patrones conductuales que han aprendido, los cuales estarán

presentes en su nueva relación familiar y serán perpetuados generacionalmente, hasta que alguien se desprenda de esta identidad familiar e inicie un nuevo modelo de familia. (Washton, 1991)

Como consecuencia de haber vivido una necesidad de adaptarse y sobrevivir al comportamiento impredecible, y en ocasiones, amenazante del enfermo y de la familia en general, los hijos desarrollan una predisposición a buscar o crear situaciones de conflicto. De manera recurrente vivieron en crisis constante, por lo que no sabe cómo vivir de manera tranquila. Como lo que conoció en su familia fue miedo, inseguridad, violencia y confusión, no disponen de referencias claras que les indique cuando una situación es normal o anormal, buena o mala. Desconocen la capacidad de goce y no logran experimentar satisfacción personal de una manera plena. (Washton, 1991)

El componente emocional de las adicciones se desarrolla en la infancia. Nace de las experiencias que tenemos en nuestras familias. La función vital de toda familia es servir de protección entre el individuo y la sociedad, proteger a los miembros de la familia de los peligros y presiones externas. También es el sitio de entrenamiento para adquirir la capacidad de afrontar los problemas de la vida y el lugar al que uno puede acudir para reparar su confianza en sí mismo. Los chicos necesitan que la familia refuerce su autoestima, no que la deprima. En el caso de muchas personas propensas a la adicción, sus familias no fueron un lugar para renovar la confianza en sí mismos, sino un lugar en que la autoestima era atacada.

El rasgo más distintivo de la familia generadora de adicción es que deja sin satisfacer las necesidades de dependencia de sus hijos, no necesariamente por un descuido o desatención, sino por no poder reconocer la realidad emocional del niño. Bradshaw (1995) emplea el término asesinato del alma, para referirse a este sofocamiento del verdadero yo del niño. (Washton, 1991)

Como resultado los niños van asumiendo roles de adultos sin estar preparados interiormente, ni capacitados para afrontar los retos de la vida, lo que los hace susceptibles de la solución rápida. Estos niños adultos, llamados hijos parentificados, luego se convierten en adultos niños. (Washton, 1991)

El término adultos niños fue acuñado para describir los hijos adultos de padres alcohólicos, pero no son los únicos que caen dentro de esta categoría. Los hijos de cualquier progenitor que no haya sabido estar presente, física o emocionalmente, durante su infancia son propensos a convertirse en adultos niños, ya que ingresan a la edad adulta con muchas necesidades de dependencia insatisfechas. Muchos aspectos de la personalidad adictiva se desarrollan a partir de este tipo de abandono emocional. (Washton, 1991)

La codependencia puede forjarse a partir de las necesidades no satisfechas en el ser humano en su infancia, las cuales han impedido una maduración conveniente para poder adaptarse a situaciones de relaciones interpersonales. (Mansillo Izquierdo, 2001)

5. MÉTODO

5.1- Tipo de estudio: Piloto. Análisis de 5 casos.

5.2- Diseño: Exploratorio/ Descriptivo.

5.3- Universo de análisis: Se seleccionó una muestra de 5 sujetos, de sexo femenino, entre 25 y 45 años de la ciudad de Buenos Aires, Capital Federal, quienes debían ser asistentes al grupo de Al Anon. El otro grupo que sirvió para comparar y verificar los resultados de la escala de codependencia de Spann- Fischer estuvo compuesto por 5 sujetos, de sexo femenino, entre 20 y 50 años, residentes de la misma ciudad, que acreditaron no tener familiar alcohólico. Los diez sujetos fueron seleccionados al azar.

5.4- Muestra: Intencional (voluntaria y anónima)

5.5 Técnicas para el relevamiento de datos:

1- Entrevistas cortas focalizadas.

2- Escala de codependencia de Spann- Fischer. Integrada por 15 ítems que responden con una escala likert. 1: Total desacuerdo, 2: Moderado

desacuerdo; 3: Poco desacuerdo; 4: Poco acuerdo; 5: Moderado acuerdo; 6: Total acuerdo.

3- Cuestionario de Codependencia. Quiero ser libre de Castillo, M. E.; Maqueo, E. M. y Martínez Baez, T. de 1993. Técnica autoadministrable integrada por 35 preguntas que se responden con dos opciones: Si-No

6. RESULTADOS

6.1- ENTREVISTAS FOCALIZADAS

Caso N° 1

Anexo 1°

Hija de alcohólico.

A asiste a Al-Anon y cortésmente accedió a que tuviéramos un encuentro para poder tomarle la escala, el cuestionario y hacerle las preguntas. Tiene 41 años, dos hijos, está separada, tiene pareja pero no convive con él. Trabaja y vive en un departamento propio con sus hijos.

Asiste al encuentro, en un bar cerca de su casa. Primero contesta la escala de Spann Fisher y segundo el cuestionario impreso, esto le toma unos 10 minutos y luego accede a charlar conmigo.

- Quién era el alcohólico en tú familia?

Mí papá.

- Cómo estaba constituida tu familia?

Hoy somos mis hijos y yo. Mi familia de origen está constituida por mi papá, mi mamá, dos hermanos menores y yo.

- Tú papa, se hizo tratar, se autodiagnóstico, o todo en tu casa se vivía como normal?

Jamás se hizo tratar, si bien se intentó vivir todo como normal y así crecí yo, creyendo que éramos una familia normal, como todas, aunque algo me sonaba raro, yo sentía angustias, incomodidades, sensaciones de inseguridad personal, vergüenza que otros compañeros no tenían. Yo crecí

sintiendo que algo yo no tenía bien, como si fuese una enferma que no terminaba de entender que tenía. Siempre me sentí diferente, como poco natural, como que me tenía que esforzar mucho para estar con la gente y sentirme bien, siempre me sentía que me faltaba algo, que algo me daba vergüenza.

- En algunas relaciones has sentido que has tenido que salvar, ayudar o rescatar?

Siempre fue mi sensación, cuando era chica en mi casa, tenía que salvar que el ambiente se ponía tenso, entonces me hacía la payasa, a mis hermanos que sufrían y yo sentía que yo era más fuerte. Después siempre me enamoré de hombres que sentía que tenía que rescatarlos, no porque fueran débiles sino por ser carentes de algo que supuestamente yo sí podía darles.

- Tiende a hacerse cargo de más cosas de las que le corresponde?

Sí siempre lo hice, siempre creí que tenía que ayudar cuando ni siquiera me pedían ayuda, como si yo tuviera la verdad de cómo son las cosas. Traté que mis hermanos vieran que todo estaba mal, que mi mamá entendiera que eso no era normal.

- Tenés dificultades para decir “no”, o decís que sí cuando deberías decir no?

En general me cuesta decir que no, o respetar mis espacios o mis deseos no solo hacer que los demás respeten sino yo misma a veces no logro respetar lo que realmente quiero hacer y hago lo que los demás esperan que haga, en contra de mí misma.

- La forma de relacionarse le ha traído consecuencias en la vida? Cuáles? Psíquicas, físicas espirituales.

Sí la forma de relacionarme me ha traído problemas, por ejemplo la manera de relacionarme con mis parejas me trajo problemas de apartamiento de mis amistades, porque me daba vergüenza mi vida y las cosas que toleraba. Las relaciones que armé también me trajeron problemas, por ejemplo depresión, crisis de nervios, estrés, colon irritable, que el médico me

dijo que era nervioso y sé que tiene que ver con las relaciones que armó que son sumamente destructivas, poco contenedoras y que me llevan a mucha frustración.

- Sentís que necesitás la aprobación del otro?

Siempre busqué la aprobación, siempre me costó sentir que era autosuficiente, siempre busco que me quieran que me aprueben.

- Has tenido sentimiento de desesperanza, de pérdida de interés y sentido?

Sí, de hecho estoy tomando antidepresivos, y eso es porque en un momento sentí todo eso, desesperanza, pérdida de interés en la vida, lo tenía todo en la vida, sin embargo sentía pérdida de interés, no podía levantarme por la mañana.

Caso N° 2

Anexo 2

Abuelo y tío alcohólicos.

Ab tiene 43 años, vive sola, trabaja en forma independiente y también en la empresa familiar. No está casada, no tiene hijos. Asiste a Alanon, nos encontramos a la salida de su grupo en un bar. Se mostró preocupada de que se rompa su anonimato.

- Quién era el alcohólico en tu familia?

Mi abuelo paterno y el hermano mayor de mi papá, pero yo lo descubrí después, hace poco tiempo, es decir yo lo sabía pero en casa no se decía, no se lo nombraba al tema. Yo voy a terapia hace muchos años, también al psiquiatra, me diagnosticaron como maníaca depresiva, siempre tuve problemas emocionales, hace unos años hasta intenté suicidarme después de cortar una relación muy violenta. La psicóloga una vez me preguntó si en mi familia había alcoholismo y ahí recordé o le di importancia a la historia de mi papá que tenía su papá alcohólico y que esto era tapado. Nadie hablaba de este tema, a partir de recordar esto comencé a asistir a

Alanon y me di cuenta que mi papá es el típico hijo de alcohólico y que toda la familia sufre las consecuencias. Yo siempre fui la problemática de la familia, pero ahora se enfermó también mi hermano. Hace poco mi mamá me contó que mi tío, el hermano mayor de mi papá, murió alcoholizado.

- Cómo está formada tu familia?

Mi papá, mi mamá, mi hermano y yo. Los dos somos solteros y vivimos solos, ahora que mi hermano se deprimió mucho y que tiene ataques de pánico se fue a vivir con mis papás. Trabajamos juntos. Nunca tuvimos relación con el resto de la familia, ni tías, ni primos, nada, mi papá es muy cerrado, ahora entiendo que es la vergüenza que tiene no sabe relacionarse con la gente y nos llevó a todos a lo mismo.

-En algunas relaciones has sentido que tenías que salvar, ayudar o rescatar?

Sí siempre tuve relaciones muy complicadas, de mucho sufrimiento, hombres que no se comprometían, una convivencia con un hombre violento que me llevó a sentir que me quería morir. Ahora con mi hermano también me pasa algo parecido, lo quiero ayudar y no se deja y me pone muy mal.

Tendes a hacerte cargo de más cosas de las que te corresponden?

Bueno mi terapeuta dice que sí, por ejemplo lo que te conté de mi hermano, ella me dice que no me meta a darle consejos, pero yo no puedo lo veo mal y lo quiero ayudar aunque él no quiere y me rechaza.

- Tienes dificultades para decir que “no”, o decís que si cuando deberías decir que no?

No me doy cuenta.

- La forma de relacionarte con la gente te ha traído consecuencias en la vida? Cuáles? Psíquicas, físicas, espirituales, etc.

Sí algo ya te conté, pero siempre tuve problemas en mis relaciones, no tengo muchas amigas, no tengo pareja, tengo muchos problemas

emocionales una vez intenté suicidarme. Sí las relaciones son un problema para mí.

- Sentís que necesitas la aprobación del “otro”?

No siempre, a veces me doy cuenta que si mi psicóloga me aprueba hago lo que quiero más tranquila, sin miedo a meter la pata. Me cuesta confiar en mí porque soy bastante loca.

- Tenés sentimientos de desesperanza o de pérdida de interés en la vida?

Sí, estoy medicada, me cuesta encontrar sentido y sentir esperanza de que mi vida va a cambiar, hay cosas que tengo que resignar y me cuestan mucho, como el de ser madre esto me tiene muy deprimida.

Caso N° 3

Anexo 3

Padres alcohólicos.

Ac, tiene 33 años, estudia medicina y trabaja. Vive con su pareja desde hace 2 años. Asiste a Alanon y aceptó muy gentilmente encontrarse conmigo.

- Quién es el alcohólico en tú familia?

Mí mamá pero ahora también mí papá. Desde que yo tengo uso de razón mí mamá se alcoholizaba y si bien mí papá y yo lo vivíamos así ella nunca quiso reconocerlo. Hoy mí papá también se alcoholiza pero lo peor es que vive como un indigente, sin techo, en el interior.

- Cómo estaba formada tú familia?

Estaba formada por nosotros tres, como yo digo éramos tres gatos locos, mí infancia fue muy dura, mí mamá era la que trabajaba y aportaba el techo, vivíamos en el colegio donde ella era la portera y además vivía en la cama o por el alcoholismo o por la depresión y mí papá era un niño que no le importaba nada, acepto ir a jugar al pool con sus amigos y despreciar a mí

mamá por ser borracha. Él me mandaba a cuidar y a hacerme cargo de mí mamá yo era chica y no quería pero no me quedaba alternativa.

- En algunas relaciones has sentido que tenías que salvar, ayudar o rescatar?

Si, todo el tiempo pero no me gusta la gente espera que yo las escuche, las entienda y a mi me cansa, hablo, trato de ayudar pero termino peor que el otro. Mi mamá se separó de mi papá, se casó con otro hombre y me dejó en la calle, entonces me enganché con G. mi primer pareja, él era un violento, perverso, maltratador, pero yo me aguantaba todo porque no tenía adonde ir, hasta que un día tomé coraje y me fui a vivir a la casa de una amiga pero yo sabía que era temporario, después mi mamá quedó viuda y me volví a vivir con ella, fue una locura, todos los días se emborrachaba y me echaba, mientras tanto yo seguía estudiando y trabajando y no quería que se hiciera la noche para no tener que volver a verla. Después conocí a D. mi actual pareja, él vivía con sus padres pero enseguida alquiló un departamento y me dijo que me fuera con él, ese fue el fin de mi calvario. Durante mucho tiempo traté de que mi mamá fuera a A.A. que se diera cuenta que estaba enferma que tenía que curarse, es el día de hoy que dice que toma agua mineral, cuando tiene un olor a alcohol insoportable. A mi pareja a veces también le hago de mamá, de echo él perdió la suya cuando era muy chico, no es una relación muy satisfactoria.

- Tiendes a hacerte cargo de más cosas de las que te corresponden?

Tiendo a decirle a D. lo que tiene que hacer, pero en general no, porque tengo una vida muy ocupada con mis cosas, pero tengo que hacer mucho esfuerzo para no tener problemas en mis relaciones, para mantenerme en mis cosas.

- Tienes dificultades para decir que “no”, o decís que si cuando deberías decir que no?

Sí, me cuesta decir que no, yo soy muy insegura y me confundo con mucha facilidad, siempre siento que me voy a quedar sola, que nadie me va a querer, que tengo que complacer.

- La forma de relacionarte con la gente te ha traído consecuencias en la vida? Cuáles? Psíquicas, físicas, espirituales, etc.

En general me altero con mucha facilidad y lo descargo con mi pareja, esto está relacionado con lo anterior, a mí me cuesta decir que no, me cuesta darme cuenta que me están usando por ejemplo pero después soy una pila de nervios que me desahogo en el lugar menos indicado. La manera de relacionarme me trajo consecuencias, soy nerviosa a veces tomo algo como clonazepam, físicas engordo, adelgazo, también las consecuencias que me trajo en todos los niveles mi relación con mi anterior pareja que era violento y salí muy mal anímicamente. En general mi problema es que tengo muy baja mi autoestima, siempre tengo miedo y todo me genera muchos desajustes físicos y psíquicos.

- Sentís que necesitas la aprobación del “otro”?

Sí en general tengo una sensación de mucha soledad y de mucha necesidad de que los demás me miren y me aprueben. A parte como te dije soy muy insegura entonces necesito que me aprueben.

- Tenés sentimientos de desesperanza o de pérdida de interés en la vida?

A veces lo tuve, en este momento estoy trabajando mucho en mi terapia para recibirme y esto me mantiene ocupada, aunque me siento muy cansada lo que sí siento es que estoy atrapada, a veces siento que no tengo opciones que no puedo elegir, que mi vida es de mucho sacrificio y me da bronca no tener otras opciones más fáciles. Yo veo en la facu mis compañeros que son jóvenes, que estudian y nada más que hablan de encontrarse en la quinta de salir y me da un poco de rabia la vida que me tocó a mí, todo para mí fue siempre complicado y sin muchas opciones.

Caso N° 4

Anexo 4

Padrastro alcohólico

M tiene 27 años, llegó al país para trabajar a los 18 años. Participa de varios grupos de autoayuda Trabaja y está terminando sus estudios secundarios.

- Quién es el adicto en tu familia?

Mi padrastro.

Se autodiagnóstico o nadie lo toma como enfermo de alcoholismo?

Él y todos sabemos que es alcohólico, pero no tiene mayor importancia en mi familia, es como que todos están acostumbrados.

- Cómo está formada tu familia?

Es muy disfuncional, por un lado vive mi mamá con su marido alcohólico y los tres hijos que tienen ambos, por otro mi papá que vive con su mujer y un hijo de ella y por otro mi hermano . Mi hermano yo y mi mamá vivimos los tres juntos hasta que mi mamá se junto y entonces yo y mi hermano nos fuimos a vivir cada uno con sus padres, lo que fue muy terrible porque nos separaron, porque mi papá abusaba de mí y porque en la casa de mi mamá con ese hombre siempre borracho no se podía vivir. Muchas veces intenté vivir con mi mamá pero era imposible, peleas, alcohol, violencia mi mamá lloraba todo el día, todavía hoy después de tantos años de vivir tan lejos sigo sufriendo por mi mamá y mis hermanitos.

- En algunas relaciones sentiste que tenías que salvar, ayudar o rescatar?

Sí todo el tiempo, siempre sentí que tenía que salvar a mi mamá, a mis hermanos, hoy sigo haciéndome cargo, me da culpa comprarme cualquier cosa para mí, aunque yo trabajo mucho siento que todo lo tengo que mandar para ellos, y en las pocas relaciones de pareja que tuve, porque me cuesta mucho armar pareja, también el primer novio que tuve no trabajaba, yo lo mantenía y encima me maltrataba. Siempre que me gusta alguien es más chico, no trabaja, no es responsable.

- Tendés a hacerte cargo de más cosas de las que te corresponden?

Sí siempre me sentí responsable de mí mamá, imaginate yo era una nena y sentía que tenía que cuidarla, a todos sineto que tengo que cuidar o hacerme cargo de cosas de las que no tengo como, por ejemplo mi compañera está peleada con el hermano y me pide ayuda, yo no sé como pero siento que no le puedo decir que no.

- Bueno ahora justo te iba a preguntar si te cuesta decir “no”.

Sí me cuesta mucho, nunca sé cual es el límite que está mal y que está bien en relación a los demás, sobre todo en cuanto a los pedidos de los demás.

- La forma de relacionarte con las personas te trajo problemas, o consecuencias en tu vida? Cuáles? Psíquicos, físicos, espirituales?

Me trae muchos problemas, yo asisto a muchos grupos de autoayuda es lo único que me sostiene.

- Sentís que necesitas la aprobación del otro?

Cuando no puedo poner un límite alguien tiene que decirme o aprobarme porque yo no se como actuar, pero en general me manejé bastante sola en la vida, pero bueno por ejemplo hace mucho que quiero comprarme un televisor y siempre sentía culpa hasta que mi madrina de SLAA me dijo que tenía derecho, recién desde entonces lo estoy pensando.

- Has tenido sentimiento de desesperanza, de pérdida de interés y sentido?

No, creo que no, a veces me siento un poco triste pero no.

Caso N° 5

Anexo 5

Padre y marido alcohólicos.

S tiene 41 años, tiene 2 hijos de dos parejas diferentes, trabaja, actualmente no tiene pareja. Nunca tomó el alcoholismo de su papá como una enfermedad, como un tema importante para tomar en cuenta. Nunca asistió a grupos de ayuda y hace dos meses que comenzó terapia motivada por un tema laboral y por primera vez escuchó sobre la enfermedad del alcoholismo y sus efectos sobre los que los rodean.

- Quién era el alcohólico en tú familia?

Bueno por un lado mí segunda pareja, el papá de mi hijo era alcohólico y drogadicto y por otro mí papá.

- Se autodiagnosticaron, se trataron como enfermos?

No, jamás nadie, en mi familia de origen mi papá vivía borracho, era colectivero, mí mamá vivía para cuidarlo a él, ella provenía de una familia de muy buena situación económica y mis abuelos maternos se había opuestos a la relación, creo que eso llevó a mí mamá a negar la realidad que se vivía en mi casa para que no se note tanto. Mi ex pareja yo sabía que el tomaba y se drogaba pero jamás lo tomé como una enfermedad y él tampoco, jamás sintió que tenía que tratarse o asistir a A.A., pero mí casa y mí vida era un infierno, mi hija de mi anterior matrimonio sufrió un montón por esta convivencia.

- En algunas relaciones has sentido que tenías que salvar, ayudar o rescatar?

No, yo no creo que esta haya sido mi posición.

- Tendés a hacerte cargo de más cosas de las que te corresponden?

Sí yo no tengo límites y esto lo estoy viendo recién ahora gracias a mí terapia, por ejemplo yo sostengo económicamente a mis hijos, ninguno de los padres pasa alimentos y jamás pensé que era una obligación de ellos, esto es un ejemplo en realidad en todo me pasa así, mí abuelita está viejita yo siento mucho agradecimiento por ella porque me crió mientras mí mamá se ocupaba de mí papá, a mí y a mí hermana, solo yo la visito todos los domingos y si bien la quiero mucho me siento presa y de tener que hacerlo

para que ella no está sola pero mis hijos quieren hacer otras cosas y yo siento que no puedo abandonarla, y pienso que mi mamá podría ocuparse un poco de su mamá que tanto la ayudó pero a ella no le importa y siento que todos están tranquilos que estoy yo. Como estos tengo muchos ejemplos.

- Tenés dificultades para decir que “no” o decís que si cuando deberías decir no?

Sí no tengo idea de los límites, me pasa mucho en el trabajo y con mis hijos.

- La forma de relacionarte con la gente te ha traído consecuencias en la vida? Cuáles?

Toda la vida tuve muchas dificultades para relacionarme con la gente y siempre la manera de relacionarme me ha traído problemas. Cuando era chica iba a un colegio del estado en un barrio muy pobre, mi hermana y yo éramos las distintas, siempre vestidas de primera porque mi tío, siempre estábamos desubicadas, entonces siempre estábamos solas, desde esa época de mi vida las relaciones para mí son un problema y a mis hijos les pasa lo mismo, yo siempre me siento mal, tengo vergüenza, me siento con muy baja autoestima, me cuesta sentirme valiosa, respetarme, pararme en un lugar sólido. Siento que soy la no querida, todo el tiempo, en mis relaciones de pareja siempre soy la abandonada, la no elegida y por otro lado siempre me relaciono con hombres imposibles, o son adictos o casados.

- Sentís que necesitas la aprobación del “otro”?

Sí todo el tiempo la estoy pidiendo hasta con mis hijos la necesito, yo nunca se que está bien y que no.

- Has tenido sentimiento de desesperanza, pérdida de interés y sentido en la vida?

Muchas veces me siento mal, siento que yo no voy a poder tener una vida como la que me había imaginado para mí, a veces veo a la gente feliz, sin problemas y yo siento que siempre voy a estar complicada, que para mí todo es difícil desde siempre. Mis hijos tienen problemas, en el trabajo tengo

problemas, no tengo una madre que me da una mano, no tengo una pareja, los hombres salen conmigo un mes y después me dejan y sí, las esperanzas las pierdo muy a menudo.

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

Anexo 4

Anexo 5

Anexo 6

Escalas de codependencia tomadas a personas que manifestaron no poseer familiar alcohólico.

7. RESULTADOS

7.1 Spann- Fischer Codependency Scale

La escala de codependencia fue tomada a cinco personas que sostienen no tener familiar alcohólico para ser comparada con las escalas tomadas a familiares de alcohólico.

Se observó que las tendencia central de las puntuaciones medidas es mayor en el grupo A, con familiar de alcohólico, con un promedio general de 4.44 puntos, en comparación con el grupo B (no hay registro de familiares alcohólicos) con un promedio general de 2.75.

Ítemes	GRUPO A (familiares de alcohólicos))						GRUPO B (no tienen familiares alcohólicos)					
	1°	2°	3°	4°	5°		1°	2°	3°	4°	5°	
1°	5	6	5	6	5	27	3	1	1	1	5	11
2°	5	6	4	6	6	27	2	6	2	1	2	13
3°	4	5	4	6	4	23	3	2	1	1	1	8
4°	3	1	5	6	2	17	1	3	1	5	2	12
5°	4	3	3	1	5	16	2	6	6	6	3	23
6°	5	6	3	6	6	26	1	1	1	1	1	5
7°	2	1	3	2	4	12	3	5	6	5	2	21
8°	6	3	5	6	6	26	2	6	1	1	3	13
9°	5	4	4	6	6	25	2	2	2	2	3	11
10°	6	3	4	5	2	20	5	6	1	2	4	18
11°	6	6	4	6	6	28	6	6	2	2	4	20
12°	3	1	5	6	6	21	2	1	2	1	1	7
13°	6	1	2	6	5	20	1	6	3	1	5	16
14°	4	5	2	6	6	23	4	6	4	1	4	19
15°	4	6	3	5	5	23	3	2	1	1	2	9
16°	4	3	3	6	6	22	2	6	2	1	5	16
Suma	72	60	59	85	80	356	42	65	36	32	47	222
promedio	4,5	3,75	3,68	5,3	5	22,23	2,6	4	2,25	2	2,9	13,75
promedio general						4,44						2,75

Grupo A

El puntaje más alto lo obtuvo la afirmación “me involucro en relaciones que son perjudiciales para mí”, ítem 11 y el ítem 7 que tiene un puntaje de 12 es el más bajo pero debe ser invertido, por lo cual responde a

me preocupo mucho. Le siguen los ítemes 1 y 2 los cuales afirman que les cuesta tomar decisiones y que les resulta difícil decir NO, respectivamente.

El ítem 5 que también debe ser invertido es el segundo puntaje más bajo, confirma que son personas que se preocupan mucho.

También obtuvo un alto puntaje la afirmación del ítem 6 que dice que cuando hacen algo lindo para ellas mismas, tienden a sentirse culpables.

En el ítem 8, cuatro de las cinco entrevistas confirman que se dicen a sí mismas que las cosas de su vida van a mejorar cuando las personas de su vida cambien lo que hacen, o sea el bienestar de sus vidas está limitado al cambio de conducta de otro.

Otro puntaje relativamente elevado es el del ítem 9 que responde a la afirmación de estar en relaciones donde ellas siempre están para los demás, pero sienten que no están los demás para ellas.

Grupo B

El puntaje más alto lo obtuvo el ítem 5 y el 7, ambos deben ser invertidos, con lo cual este grupo afirma, no ocuparse de cosas que deben hacer los otros y no preocuparse mucho.

Los otros ítems para destacar son el 12 son personas que no tienen problemas en mostrar su “verdadero yo”, el 3 pueden aceptar cumplidos cortésmente y el ítem 15 donde confirman no tener sensación de miedo o vacío interior, estos tres ítemes en el grupo A si bien no se destacan entre el resto de los ítemes por no tener la puntuación más elevada, si es de destacar en relación al grupo B la gran diferencia en los puntajes. El grupo A puntuó 21 en el ítem 12 a diferencia de 7 puntos en el grupo B reflejando lo que les cuesta al 1º grupo mostrar su “verdadero yo”, obtuvo un puntaje de 23 a diferencia de los 8 puntos del grupo B en la afirmación es difícil para mí aceptar cumplidos cortésmente, y la misma diferencia se encuentra en el ítem

15 donde se confirma la sensación de miedo o vacío espiritual de los sujetos con familiares alcohólicos.

Dentro del grupo B es importante destacar el puntaje obtenido por la segunda entrevistada, N de 50 años, que puntuó 65 con un promedio de 4 puntos, promedio superior a algunas entrevistadas en el grupo A, que deja la posibilidad a pensar varias opciones que están citadas en la bibliografía, ejemplo, que hubo algún familiar alcohólico del cual no se tiene conocimiento, que la codependencia no es un constructo teórico solo adaptable a familiares de adictos.

7.2

Cuestionario

Preguntas	1°	2°	3°	4°	5°	%
1°	0	0	0	0	0	100% SI
2°	0	0	0	0	1	80% SI
3°	0	1	0	0	0	80% SI
4°	0	1	0	0	0	80% SI
5°	0	1	0	0	0	80% SI
6°	1	1	1	1	0	80% NO
7°	1	0	0	0	1	
8°	0	0	0	0	0	100% SI
9°	0	0	0	0	0	100% SI
10°	0	1	0	0	0	80% SI
11°	0	0	0	0	0	100% SI
12°	0	1	0	0	0	80% SI
13°	0	0	1	1	1	60% NO
14°	0	1	0	0	0	80% SI
15°	0	1	0	0	0	80% SI
16°	0	0	0	0	0	100% SI
17°	0	0	1	1	0	
18°	0	0	0	0	0	100% SI
19°	1	1	1	1	1	100% NO
20°	0	0	0	0	0	100% SI
21°	0	0	1	1	1	
22°	0	1	0	0	1	
23°	0	1	0	0	0	80% SI
24°	0	0	0	0	1	80% SI
25°	1	1	1	1	1	100% NO
26°	0	0	0	0	1	80% SI
27°	0	0	0	0	0	100% SI
28°	0	0	0	0	0	100% SI
29°	1	1	0	0	0	
30°	0	0	0	0	0	100% SI
31°	0	0	0	0	0	100% SI
32°	1	1	1	1	0	80% NO
33°	0	0	0	0	0	100% SI
34°	1	1	1	1	0	80% NO
35°	0	0	1	1	1	
SI – 0						
NO – 1						

Las cinco personas entrevistadas coinciden en que se comprometen demasiado, tienen dificultades para divertirse, han crecido en ambientes disfuncionales y donde prevalecía el “deberías”. Necesitan y buscan constantemente la aprobación de los demás, aunque se dicen a sí mismas que no tolerarán más ciertas actitudes indeseables. Coinciden en la ansiedad que les generan los cambios y a la incapacidad para tomar riesgos. Tienen miedo a la soledad, al abandono o al rechazo y manifiestan tener problemas médicos. Sienten culpa cuando hay problemas de relación con un superior. Las cinco manifiestan haber perdido interés por el sexo y que no tienden a mentir o exagerar.

Cuatro de cinco coincidieron en sentirse forzadas a ayudar a resolver problemas a los demás, sentirse responsables de los pensamientos, sentimientos y bienestar de los otros y en sentir orgullo en crear calma en situaciones de caos. También coincidieron en tratar de complacer a los demás antes que a sí mismas. Tienden a ignorar problemas y hacer que no existen, la negación. Se sienten que no valen si no son productivas. Se sienten atrapadas en las relaciones. Tienden a guardar sus sentimientos negativos y poner buena cara, y necesitan excusarse si sienten pereza aunque por lo general se sienten cansadas y sin energías. Coinciden en que no les cuesta trabajo expresar sus sentimientos, en que no se accidentan frecuentemente y en que no tienden a menospreciar los problemas y a racionalizarlos.

7.3- Análisis de las entrevistas personales

	1°	2°	3°	4°	5°	
Familiar	Padre	Abuelo. Paterno y Tío	Ambos padres	Padrastro	Padre y Marido	
Autodignóst.	no	No	no	No	no	100%
Rescatadora	si	Si	si	Si	no	80%
Exigente	si	Si	no	si	si	80%
Dificultad C/NO	si	no sabe	si	si	si	80%
Relac. Con consec.	si	Si	si	si	si	100%
Aprobación de los demás	si	Si	si	si	si	100%
Desesperanza	si	Si	a veces	no	si	60%

En las entrevistas cortas focalizadas, se intentó recabar datos para confirmar o no, la existencia de algunos rasgos característicos.

En las cinco entrevistas el familiar alcohólico no se autodiagnóstico, ninguno se trató la enfermedad del alcoholismo.

Todas las mujeres entrevistadas confirmaron que su manera de relacionarse con las personas les ha traído problemas psíquicos, físicos y espirituales en su vida y también que sienten la necesidad de la aprobación del otro.

En todos los casos las relaciones interpersonales les han traído problemas ya sean físicos como psíquicos y han sentido muchas veces desesperanza.

Siempre sienten la necesidad de la aprobación del otro, lo que trasluce una baja autoestima.

Cuatro de cinco entrevistadas afirmaron sentirse rescatadoras o salvadoras en sus relaciones interpersonales, hacerse cargo de más cosas de las que les corresponden y que tienen problemas con la asertividad, o sea dificultades en decir “no”.

7.4- ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Los datos obtenidos en este estudio piloto no se consideran ni generalizables ni concluyentes debido al reducido tamaño de la muestra.

Surge claramente al contrastar las respuestas obtenidas del grupo de familiares de alcohólicos que son sujetos que presentan altos niveles de ansiedad, se preocupan intensamente por aspectos de la vida de los otros, y dejan de lado responsabilidades y aspectos personales que debieran competerles. Se presentan como sujetos dubitativos, temerosos de tomar decisiones propias, con baja autoestima, entre las características más notables es que se sienten angustiosamente desvalidos, suelen ser conciliadores y proclives al autosacrificio, se perciben como frágiles, ineficaces carentes de confianza en sí mismos y su actitud respecto a las dificultades interpersonales es ingenua o benévola aunque en el caso particular de los integrantes de grupos de autoayuda hay clara conciencia de la problemática que padecen.

En resumidas cuentas anteponen constantemente las necesidades y deseos de los demás a los suyos propios, consideran que tienen que proteger a los demás y que tienen que trabajar y vivir para el otro. Siendo este el principal referente y motivo que orienta y da sentido a su propia vida.

En apariencia se ven como personas muy capaces y eficaces, sanas, autosuficientes y con el necesario control de su propia vida. Pero estudiándolas se detecta que, son personas llenas de miedos, inseguridades y dudas, a través de su conducta tratan de disimular su angustia e intentan ser aceptadas y valoradas por los demás y recibir la seguridad que no tienen por sí mismas y que tanto necesitan.

8. CONCLUSIÓN

El término *codependencia* llega desde el campo de las adicciones y fue introducido a fines de la década del sesenta. Sin duda, es un nombre nuevo para un problema viejo. Con él se intentaba definir personas que se veían afectadas por la relación cercana con alguien que abusara de las drogas o el alcohol. Se fue observando que estas personas tenían ciertos patrones vinculares que les eran característicos. Las terapias de enfoques tradicionalistas han intentado tratar por separados los síntomas de la codependencia diagnosticándolos como trastornos de angustia, depresión, trastornos histéricos de la personalidad o sobretodo trastornos de la personalidad por dependencia.

Con los años estos coadictos fueron tomando cierta autonomía como objeto de atención clínica ya que sus características excedían el mero hecho de acompañar la vida del enfermo o de enfermar por esta causa. Los años que siguieron trajeron mucha información sobre el tema pero no surgida de ámbitos rigurosos y científicos, sino de los ámbitos de la autoayuda, por lo que los datos fueron difíciles de corroborar y legitimar. No por esto poseen menos validez ya que el tema de la adicción al alcohol como de las adicciones en general si bien han sido abordadas desde el punto de vista teórico por los mas diversos autores, las intervenciones terapéuticas que tienen por objetivo el tratamiento o cura del trastorno están en la practica

real de la vida lejos de alcanzar satisfactoriamente estas metas, siendo los grupos de autoayuda de 12 pasos el enfoque que demostró mayor efectividad hasta la fecha. Me pareció oportuno grupos como Alanon, para realizar los cuestionarios, ya que están destinados exclusivamente a cónyuges, padres e hijos de alcohólicos.

Desde el punto de vista del proceso terapéutico, romper con la codependencia, implica un proceso largo y duro emocionalmente hablando, pero sencillo a la vez: se basa en la premisa de que "cada persona es responsable de sí misma" y esto implica aprender una nueva conducta, en la que se enfatiza el "cuidar de uno mismo".

No obstante, partimos de que la persona lleva años negándose a sí misma; su vida ha tenido sentido por y para los demás y dirigir la mirada hacia dentro, por regla general, suele suscitar miedo. Precisamente, se requiere mirar hacia el lugar del que han estado huyendo toda su vida, allí donde nadie les enseñó a vivir, por eso el proceso es lento. Poco a poco y con la ayuda del terapeuta, han de perder el miedo a verse, a reconocerse, a cuidarse, a quererse y respetarse, entendiendo además que ésta es la única manera de querer, respetar y cuidar a los demás, y de esta forma, lograr finalmente ser autor de su propia vida, no de la que le enseñaron a vivir y a creer.

Los grupos de 12 pasos como Alanon, a mí entender funcionan muy bien porque la dinámica de la recuperación, no radica en el autocontrol, sino en la autoaceptación, 1º paso que se trabajan en estos grupos de autoayuda. La recuperación para toda la familia se centra en llegar a conocer el bienestar interior que conlleva la autoaceptación. El codependiente así como el alcohólico no necesitan mayor control para mejorar sus vidas, no radica en la fuerza de la voluntad su sanación, por el contrario lo que necesitan es rendirse y aceptar la derrota, reconocer que la vida se les ha vuelto ingobernable. Y lo segundo más importante es la creencia en un poder superior que les permite soltar el control para depositárselo a él, estos son el 2º y 3º paso de los grupos de autoayuda. Esta creencia en un poder superior les da paz espiritual y es uno de los puntos que la Psicología Positiva

encontró en común en la gente que se consideraba feliz. Estos grupos generan una red de personas que comparten el mismo problema y las mismas esperanzas. Ser y sentirse parte de una comunidad ayuda a disminuir los sentimientos de soledad, aumenta la conexión con la vida, con los sentimientos positivos y con los nuevos proyectos, los cuales se sustentan en la esperanza.

La comprensión de un fenómeno permite concebirlo, situarlo en su contexto y así desarrollar un marco de trabajo y de estudio adecuado. El problema con el concepto de codependencia reside en la dificultad para definirlo de manera precisa que permita la construcción de una teoría y una práctica clínica adecuadas. Parece claro que el fenómeno de codependencia se refiere a una dinámica particular de relación de un miembro de la familia o persona significativa que vive con un adicto. Sin embargo, no está claro qué es la codependencia, si es una consecuencia de vivir con un adicto o, por el contrario, una manera particular de relacionarse con otros y cuyo origen es independiente del hecho de vivir en un mundo adictivo.

Entonces la codependencia, ¿es una especie de adaptación a una familia disfuncional? ¿Hay características de personalidad codependiente? ¿Cuál es la esencia de la codependencia, sin la cual este fenómeno no puede ser considerado como tal? ¿Qué es particular en la experiencia humana de vivir con un adicto que hace de ella una persona codependiente? Todas estas preguntas llevan al punto de partida ¿Qué es la codependencia?

9. BIBLIOGRAFÍA

- Alcohólicos Anónimos. (2005) Libro Grande, el Texto Básico de Alcohólicos Anónimos. Buenos Aires
- Amaya, D. (1992). *Guía para la familia con problemas de alcoholismo y drogas*. Medellín-Colombia: América S.A.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1999) Los Hijos de Alcohólicos. Disponible en: <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/alcoholc.htm> (Marzo, 16, 2006).
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición revisada. (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2003.
- Beattie, M. (1987) *Codependencia*. Argentina- Buenos Aires: Atlántida
- Beattie, M. (1992) *Libérate de la codependencia*. Málaga: Sirio
- Bowlby, J. (1989) *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Buenos Aires: Paidós
- Bradshaw, J. (1996) *Sanar la vergüenza que nos domina*. Barcelona: Obelisco
- Bradshaw, J. (1995) *Secretos de Familia*. Barcelona: Obelisco
- Bradshaw, J. (2000) *La Familia*. México: Selector S.A de C.V.
- Castelló Blasco, J. (2005) *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid: Alianza
- Castelló, J. (2001) *Análisis del concepto de dependencia emocional*. España: Psicoactiva

- Castillo, M. E.; Maqueo, E. M. y Martínez Baez, T. (1993) *Manual de trabajo. Quiero ser libre*. 28-29 México D.F.:Promexa
- Cermak, T. (1986). Diagnosing and Treating Co-Dependence. Minnesota, EUA: Johnson Institute
- Cermak, T.L. (1991) Coaddiction as a disease. *Psychiatric Annals* Vol 21 (5), 266-272
- Coddou Mendez, A.; Chadwick Lira, M. (1999) Evolución del concepto de codependencia. *ChileMed*
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2005). Qué es el Alcoholismo. Sistema Virtual de Información. Recuperado el 1 de marzo de 2007, de <http://www.conadic.gob.mx/general/faq%zoalcohol>
- Cyrulnik, B. (2005) *El amor que nos cura*. Barcelona: Gedisa
- Cyrulnik, B. (2005) *Bajo el signo del vínculo*. Barcelona: Gedisa
- Elizondo, J.A. ¿Qué es el alcoholismo? (1994, marzo-abril). Recuperado el 5 de enero de 2007, de <http://www.liberaddictus.org/NumAnt.php Addictus num. 1>
- Ellis, A; Mc Inerney, J. F; Diguseppe, R. & Yeager, R. J. (1992) *Terapia Racional Emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilboa-España: Desclee de Brouwer, S.A.
- Faur, S. P. (2002) Codependencia y estrés marital. Algunas consecuencias endócrinas e inmunológicas. *Tesis de maestría en psiconeuroendocrinología Fundación Favaloro*.
- Fischer J.L.; Spann, L.; Crawford, D. (1991) Measuring Codependency. *Alcoholism Treatment Quaterly*. Vol.8 (1) 87-100 The Haworth Press, Inc USA
- Framo, J.C. (1990) *Exploraciones en terapia familiar y matrimonial*. Bilboa: Desclée
- Guzmán, E. (2006). (On line) Familia y Adicciones. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Alcohol-infórmate. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cmf?articulo=f96> (Marzo 16, 2006).
- Haaken, J.(1990). “ A critical análisis of the co-dependencia construct”. *Psychiatry*. Vol. 53(4), 396-406. Oregon-USA.
- Harper, J. & Capdevila, C. (1990). “Codependency: A Critique”. *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 22(3), 285-292. California-USA.
- Malpartida, C. (1997) Comportamiento del codependiente. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú
- Malpartida, C. Acerca de la Codependencia. Recuperado el 19 de enero del 2007, de <http://www.upch.edu.pe/duiict/gadiccion/rp.htm>

- Martí Palacios, A. La familia Alcohólica. Dependencias Afectivas. Publicado el 21 de junio de 2006. Unidad de Conductas Adictivas de la Vall D' uixo.
- May, D. (1994) *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa*. Bilbao: Desclée
- Mellody, P.; Wells Millar, A. & Keith Miller, J (1994) *La Codependencia. Qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas*. Buenos Aires: Paidós
- Mendenhall, W. (1989) "Co-dependency definitions and dynamics", *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol 6, nº 1, pp. 3-17
- Nyman, D. y Cocomes, J, (1991). *Coadicción: Tratamiento de los miembros de la familia*. Psychiatr. Times.USA.
- Peter Fonagy (1999) "Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría". Trabajo presentado en el "*Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo*", reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999. Traducido con autorización del autor. *Aperturas Psicoanalíticas. Hacia Modelos Integradores. Revista de Psicoanálisis*. Nov. 1999-Nº 3
- Schaeff, A. W. (1986) *Codependence: misunderstood, mistreated*. San Francisco: Harper
- Schaeff, A.W. (2002) *Recobra tu intimidad*. Madrid. España: Edad S.A.
- Schaeffer, B. (1998) *¿Es amor o es adicción?* Barcelona: Apóstrofe
- Simon, F.B., H. Stierlin y L.C. Wynne, *Vocabulario de terapia familiar*, Buenos Aires, Editorial Gedisa, 1988, pp. 460.
- Sirvent, C. (2004) La bidependencia como dependencia relacional. Recuperado el 5 de enero de 2007, de <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=19>
- Sluzki, C (1970) *Patología y terapéutica del grupo familiar*. Buenos Aires: ACTA
- Steinglass, P.; Bennett, L.A.; Wolin, S.J. & Reiss, D. (1987) *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa
- Vacca, R. (1998) *Adicciones convencionales y no convencionales*. Revista Adicciones Lima. Perú
- Velasquez, E. (1988). "Índice de depresión y características personales y sociofamiliares de pacientes hospitalizados en el servicio de farmacodependencia, identificados como coadictos. Estudio exploratorio" I Encuentro Departamental de Investigación de Farmacodependencia y Alcoholismo, Antioquia, Colombia.
- Washton, A.; Boundy D. (1989) *Querer no es poder*. Barcelona: Paidós S.A

- Wegscheider- Cruse, S. (1985). *Choice Making*. Health Communications Inc. Pompano Beach, pp.15-16. Florida-USA
- Alazraki Yossifoff,C.(2006)
http://www.ametep.com.mx/aportaciones/2006_abril_alazraki.htm
- Halpern, H. (1982) *Cómo romper con su adicción a una persona*. Argentina- Buenos Aires: Obelisco
- Mansilla Izquierdo, F. (2001) *Codependencia y psicoterapia interpersonal*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol XXI, n° 80,pp. 9-35
- Schafer, R.; Schafer, E.; Keith, P. (1997) Stress in marital interaction and diet behaviour. *Stress Medicine* vol 13:145-150