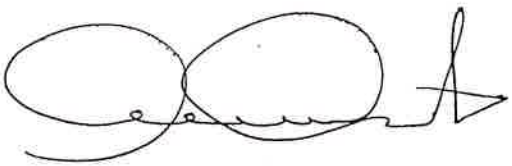
UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE CODEPENDENCIA.

Memoria para optar al Título de Psicólogas.



Alumnas:
Andrea Coddou Méndez.
Mónica Chadwick Lira.

Profesor Patrocinante:
Dr. Rafael Parada.
Asesor Metodológico:
Sr. Jorge Estrella.
Profesionales Colaboradoradores:
Dr. Raúl Schilkrut.
Ps. Carmen Luz Méndez.

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a todos los que de una u otra manera hicieron posible la realización de nuestra Memoria:

- Al Dr. Rafael Parada, por su buena disposición y colaboración como Profesor Patrocinante.

- Al Sr. Jorge Estrella, por su importante estímulo en las reflexiones iniciales.

- Al Dr. Raúl Schilkrut, por el importante apoyo y colaboración que nos brindó desde un comienzo, por la sugerencia del tema y, finalmente, por el material que nos facilitó.

- A Carmen Luz Méndez, por haber podido contar con ella en todo momento, por su constante ayuda, el tiempo dedicado y sus valiosos elementos de reflexión.

- A la Sra. Elisabeth Wenck, por su excelente disposición y apoyo.

- Al Sr. Jorge Luzoro, por habernos ayudado en lo que estuvo a su alcance.

- A Bernardita Méndez, por su generosidad y preocupación en el envío de gran parte del material.

- A nuestras familias, por estar ahí siempre, apoyándonos en todo orden de cosas, con su constante preocupación y cariño.

- A nuestros maridos, por haber sido en gran parte los responsables de que este trabajo llegara a su fin, por su estímulo, comprensión y paciencia.

A mis padres,
por toda la vida.
A Juan Manuel,
por el presente y futuro.

A mis padres,
con inmensa gratitud.
A Gonzalo,
mi compañero de aventuras.

INDICE

I. INTRODUCCION..... 1
1. TEMA GENERAL DE LA INVESTIGACION..... 1
2. LINEA ESPECIFICA A INVESTIGAR..... 4
3. RELEVANCIA DEL TEMA..... 5
4. PROYECCIONES DEL ESTUDIO..... 9
5. TIPO DE INVESTIGACION A REALIZAR (enunciado)..... 11
II. OBJETIVOS..... 12
1. OBJETIVO GENERAL..... 12
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 12
III. METODOLOGIA..... 13
IV. MARCO TEORICO..... 14
1. DEPENDENCIA QUIMICA..... 14
1.1. Delimitación Conceptual de la Dependencia Química..... 14
1.1.1. Dependencia química..... 15
1.1.2. Proceso adictivo..... 17
1.1.3. Factores determinantes de la dependencia química..... 17
1.2. Caracterización del Dependiente Químico..... 26
1.2.1. Etapas..... 26
1.2.2. Descripción de una población de dependientes químicos.. 28
1.2.3. Otros aspectos de la caracterización..... 32
1.3. Dependencia Química y Familia..... 33
1.3.1. Dinámica familiar y establecimiento de pareja..... 36
1.3.2. Función del síntoma..... 37
1.3.3. Características recurrentes de cada miembro de la familia..... 39
1.3.4. Proposición de un modelo..... 41
2. CODEPENDENCIA..... 43
2.1. Definiciones de Codependencia..... 43
2.1.1. Codependencia en el contexto de la dependencia química. 43
2.1.2. Codependencia y otros campos de aplicación..... 50
2.2. Características de la Codependencia..... 55
2.3. Génesis de la Codependencia..... 69

2.3.1. Descripción de etapas..... 68
2.3.2. Génesis de la codependencia en el infante y adulto joven..... 69
2.4. Codependencia en el Contexto Familiar..... 78
2.4.1. Características y reglas de funcionamiento familiar.... 79
2.4.2. Roles en familias codependientes..... 81
2.5. Codependencia desde la Perspectiva del Género..... 89
V. DISCUSION..... 90
1. POSTULADO PRINCIPAL..... 90
1.1. Análisis desde una Perspectiva Sistémica..... 92
2. COMENTARIOS EN TORNO A LA DISCUSION DE AUTORES.....107
2.1. Enfoques sobre el Concepto de Codependencia.....108
2.2. Interrogantes en Relación al Concepto de Codependencia...110
3. REFLEXION EN TORNO A LAS CARACTERISTICAS.....113
3.1. Análisis de las Características Principales.....113
3.2. Análisis de las Características Secundarias.....117
3.3. Otras Características.....120
3.4. Temor al Abandono.....120
4. REFLEXION EN TORNO A LA ETIOLOGIA.....123
4.1. Contexto Social.....124
4.2. Contexto del Funcionamiento Familiar.....126
4.3. Contexto Relacionado al Trastorno de otro Miembro Familiar.....127
5. REFLEXION EN TORNO A LOS ROLES.....134
5.1. Descripción de los Roles en Familias Disfuncionales.....135
6. CODEPENDENCIA COMO FENOMENO INDIVIDUAL E IMPORTANCIA CLINICA.....136
6.1. Abordaje Individual del Concepto.....136
6.2. Configuración de la Codependencia y sus Variables Relevantes.....138
6.3. Utilidad Clínica del Concepto de Codependencia.....140
7.- PROPOSICION DE DEFINICION FINAL DE CODEPENDENCIA.....142
VI.- CONCLUSIONES.....144
VII.- BIBLIOGRAFIA.....146

I.- INTRODUCCION

1.- TEMA GENERAL DE LA INVESTIGACION

El tema de la codependencia, se encuentra ligado en sus orígenes al problema del alcoholismo y la drogadicción. Es así como, en la década de los 40, se describieron una serie de disfuncionalidades que sufrían las mujeres de adictos (alcohólicos), que hoy en día se podrían designar como codependencia. Sin embargo, el término como tal "sólo 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. Esto se complejiza por el auge del "movimiento codependencionista" (Morgan, 1990), lo que se traduce en que a partir del año 1979 hasta ahora, el concepto se ha ampliado desde el campo específico de las familias de alcohólicos y drogadictos a campos tan diversos como relaciones entre homosexuales y lesbianas, profesionales de la salud, familias de impedidos crónicos, etc. Sin embargo, el área donde este concepto se inserta principalmente y donde reside su mayor significancia sigue siendo el del alcoholismo y la drogadicción.

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

En la presente Memoria se utiliza el término más abarcativo de "Dependencia Química" para referirse, en conjunto, al alcoholismo y la drogadicción. Esto, por cuanto los

profesionales que han estado en contacto por años con personas que padecen de alcoholismo y drogadicción, han concluido que, desde el punto de vista del diagnóstico, tratamiento o recuperación, el producto químico que produce alteraciones en el humor del drogadicto o alcohólico, no es significativo. Aquello significativo es el haber desarrollado una dependencia a una sustancia, ya que esto hace al sujeto potencialmente adicto a las demás sustancias adictivas. Por lo anterior se acuña el término descriptivo más general de "dependencia química" (The Johnson Institute, 1986; Schilkrut, 1991).

A medida que avanza la dependencia química en el enfermo, 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 (The Johnson Institute, 1986). Es por esto que se considera que cualquier dependencia química en particular, es una enfermedad familiar.

La problemática mencionada (dependencia química y codependencia) es de relevancia primordial para nuestra realidad por cuanto:

1) El alcoholismo constituye el principal problema de salud pública en Chile. "Se estima que el 30% de la población laboral puede considerarse bebedor problema. Esto no significa que sean alcohólicos, sino que beben con consecuencias negativas a nivel de salud, familia, ingresos, justicia o seguridad personal" (Pemjean, 1991).

2) Estudios recientes coinciden en señalar un incremento en el

consumo excesivo de alcohol en los jóvenes en los últimos años (Pemjean, 1991). En un estudio realizado en 1992 con adolescentes escolares del Gran Santiago, se observó un aumento altamente significativo del consumo de sustancias químicas (marihuana, estimulantes, tranquilizantes) entre los jóvenes con respecto a 1979 (Florenzano et al., 1992(b)).

Si se analiza lo anterior desde el marco conceptual de la dependencia química, se tiene que: i) Es probable que parte importante de ese 30% de la población laboral sea dependiente químico, ya que esto se diagnostica desde las consecuencias negativas que produce; ii) Al ser una persona dependiente a una sustancia adictiva, es también potencialmente adicta a todas las otras, lo que implicaría un alto riesgo (o existencia) de otras adicciones en este 30%.

Sólo la aplicación adecuada del concepto de dependencia química, le otorga un significado de enorme importancia a las investigaciones mencionadas, ya que las implicancias de éstas serían de mayor gravedad aún de la que se apreciaría sin este concepto.

Abordado desde la codependencia, es posible apreciar el efecto negativo multiplicador que la dependencia química tiene en aquéllos cercanos al dependiente. Pero lo más fundamental es que permite entender factores interaccionales de mantención de la dependencia que se traducirían en resistencia a tratamientos tradicionales. La mirada que aporta la codependencia permitiría el desarrollo no sólo de tratamientos más eficaces, sino también de políticas de acción que iluminan variables de prevención.

2.- LINEA ESPECIFICA DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación tiene como foco específico la evolución del concepto de codependencia.

Se aborda el objeto de estudio a la luz de la literatura existente sobre el tema, contextualizándolo en el campo de la Dependencia Química y en el marco más amplio de la Salud Mental. Se realiza una revisión histórica del concepto tomando las distintas acepciones dadas por los diversos autores en cuanto a etiología y síntomas o características. Se delimita el concepto de codependencia en el intento de generar una herramienta psicológica unívoca, con todo lo que eso significa en términos de prevención, diagnóstico, tratamiento e investigación.

3.- RELEVANCIA Y JUSTIFICACION DEL TEMA

Un problema, entendiéndose por esto cualquier situación que genere sufrimiento, tiene que ser definido así por alguien y, a su vez, tiene que haber un dominio social que lo acepte. Si no hay aceptación, no hay problema. El que una persona sea escuchada en la configuración de un problema revela un acuerdo o un consenso social de concesión de poder, de escuchar y obedecer (Méndez, Coddou & Maturana, 1988).

Los fenómenos que describen el concepto de codependencia han sido observados con alta frecuencia en la práctica clínica, cobrando especial importancia en el diagnóstico y tratamiento de familias de dependientes químicos. Sin embargo, al no estar este desorden delimitado consensualmente y, por consiguiente, no estar inserto en la comunidad de la salud mental, hace que esta patología no exista y, por lo tanto, que quien la padezca no la pueda padecer. Lo que puede parecer una paradoja algo lúdica, no lo es para aquellos individuos que lo sufren y que, a pesar de ello, no obtienen respaldo formal (previsiones de salud, licencias médicas, etc.).

Considerando la magnitud del problema de la dependencia química en Chile, resulta indispensable concentrar la atención, no sólo en los directamente afectados, sino también en los que se ven afectados en forma indirecta, como son los miembros más cercanos al dependiente químico, las personas que conviven a diario con él.

En Chile se ha observado un desconocimiento casi total sobre el tema de la codependencia; no existen investigaciones ni publicaciones al respecto, no aparece el tema en congresos y tampoco se escucha el término en el vocabulario de los profesionales de la salud mental.

A nivel mundial, la realidad no difiere mayormente de la nuestra; entre 1979 y 1990 sólo fueron publicados 20 artículos sobre codependencia (Morgan, 1990). Sin embargo, en Estados Unidos, a nivel popular, la temática de la codependencia se ha convertido en un área de especial preocupación para la población, observándose una alta incidencia de personas que consultan para determinar si sufren o no de este trastorno (Morgan, 1990).

Lo anterior probablemente obedece a que la falta de delimitación del concepto ha derivado en una ambigüedad suficiente como para incluir en él gran variedad de síntomas; el término se ha popularizado, múltiples libros psicológicos de ayuda ofrecen diferentes definiciones, formulaciones teóricas, aproximaciones a tratamientos, etc. (Morgan, 1990), y, sin embargo, aún no se ha llegado a un acuerdo con respecto a su definición. El uso generalizado del término se ha basado sólo en "impresiones clínicas y anecdóticas" (Cermak, 1986) por "la ausencia de investigaciones sistemáticas en codependencia" (Cermak, 1986; Whitfield, 1989).

La dificultad de manejo conceptual del término proviene de dos niveles distintos, uno se refiere a la diversidad de campos a los que se ha aplicado y el otro, al del campo específico de la dependencia química, donde no se ha logrado una definición unívoca e independiente del autor.

Dentro del área de la dependencia química, se observan básicamente dos posturas: (1) aquélla que considera que el concepto de codependencia constituye un marco de trabajo valioso para evaluar y tratar la disfunción familiar que rodea a muchos clientes químico dependientes y (2) aquélla que no acepta su existencia por no haber acuerdo con respecto a su definición. (Cermak, 1986).

Cermak plantea que al no acordarse criterios para evaluar si una persona es codependiente, no pueden existir estándares para evaluar la profundidad de la patología, para desarrollar planes apropiados de tratamiento, o para evaluar la efectividad de la terapia. Los terapeutas se encuentran con obstáculos en sus intentos por comunicarse con claridad respecto a pacientes específicos y no es posible realizar estudios comparativos de co-dependencia (Cermak, 1986).

Si se requiere probar que los familiares de químico-dependientes realmente desarrollan un patrón de características de personalidad reconocibles y diagnosticables y estas características pueden transformarse en "inflexibles y maladaptativas" como para producir disfunción o un malestar subjetivo significativo, es requisito primordial contar con un acuerdo con respecto a qué se entiende por codependencia. Esto no sólo por el efecto inmediato en el dependiente químico y su familia, sino también por su potencial expansivo. El que un individuo se logre ajustar a un sistema familiar químico dependiente implica que "debe adoptar comportamientos desadaptativos para sobrevivir. Estos comportamientos son continuados en la vida adulta constituyendo un ambiente rico para más disfunción o adicción" (Mendenhall, 1989). Es decir, a pesar de la connotación emocional de sufrimiento que conlleva el provenir de una familia de origen de alto estrés (característico de familias de dependientes químicos), la tendencia es a repetir este patrón en los futuros sistemas familiares (Mc Cubbin & Figley, 1983; Woititz, 1983). Lo anterior suele traducirse en que el individuo posteriormente elija parejas dependientes químicas o inadecuadas.

A partir de los antecedentes mencionados, parece urgente la necesidad de un esfuerzo de síntesis entre los diferentes criterios propuestos para el diagnóstico de codependencia. El

trabajo de esta Memoria consiste en revisar teóricamente los criterios de codependencia que diferentes autores han propuesto, buscando recurrencias para luego proponer una definición unívoca y representativa de codependencia a partir del análisis del material bibliográfico existente.

4.- PROYECCIONES DEL ESTUDIO

El que la codependencia no constituya un concepto universal, delimitado tanto en su etiología como en su definición (Morgan, 1990; Myer et al., 1991), limita su utilidad como herramienta.

Por lo anterior, la proyección primordial de esta Memoria es, tras revisar la literatura existente hasta el momento, describir las distintas aproximaciones encontradas y, a partir de éstas, intentar elaborar una definición plausible, de modo de dejar una herramienta unívoca, representativa y actualizada, con todos los beneficios que ello implica.

De lo anterior se desprenden numerosos aportes secundarios pero igualmente importantes:

- Posibilidad de futuras investigaciones en relación al tema, investigaciones que cumplan con los criterios básicos de la comunidad científica, al contar con un concepto unívoco, independiente del autor y, por consiguiente, ser comunicable y permitir comparación interinvestigación.

- Al determinar los puntos claros y consensuales, saltan a la luz aquellos aspectos confusos que rodean al concepto, pudiendo constituirse en líneas de investigaciones futuras.

- Al ser un concepto reciente en el tiempo y con escasas publicaciones -material que en su mayoría se encuentra fuera del país-, la presente memoria pretende ser un compendio de consulta y ayuda para todos los profesionales del campo de la salud mental, que por su quehacer estén involucrados con el tema.

- Delimitar, en lo posible, los factores etiológicos de esta patología por su relevancia en la prevención.

- Determinar la recurrencia entre diferentes autores, en cuanto a las características de los sujetos codependientes, por su importancia en el diagnóstico y en el tratamiento, como también en el posibilitar la construcción de instrumentos psicométricos válidos, inexistentes hasta el momento.

- Por la interrelación de la codependencia con la dependencia química (Miller & Gold, 1989 y Miller & Millman, 1989; cit. por Roman et al., 1992), la clarificación y delimitación del concepto tiene gran relevancia en la prevención, diagnóstico y rehabilitación de la segunda. La clarificación del concepto de codependencia se constituiría, entonces, en otro aporte de especial relevancia en el intento de disminuir las alarmantes cifras de dependencia química a nivel nacional (remitirse a I.1).

5.- TIPO DE INVESTIGACION A REALIZAR

La presente Memoria se enmarca dentro de lo que Umberto Eco define como "Memoria Teórica":

"...Tesis que se propone afrontar un problema abstracto que ha podido ser, o no, objeto de otras reflexiones." (Eco, 1986)

Para este tipo de investigación, Eco propone una metodología de tipo cualitativo que es la que orienta el presente trabajo. Este tiene como objeto la revisión teórica de la evolución de un concepto, y un trabajo de tipo integrativo de los elementos recurrentes de las diversas definiciones dadas por los autores, para lograr elaborar una definición unívoca y representativa.

II.- OBJETIVOS

1.- OBJETIVO GENERAL

- Revisar y sistematizar las diversas definiciones existentes del concepto de codependencia, de modo de poder elaborar una definición unívoca, actualizada y representativa, que permita aportar una herramienta útil para el campo de la salud mental.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

i. Presentar una revisión teórica de las diferentes conceptualizaciones del tema desde sus inicios hasta hoy en día.

ii. Determinar recurrencias y divergencias entre los autores.

iii. Incorporar nuevos elementos que permitan la elaboración unívoca, actualizada y representativa de la definición del concepto.

III.- METODOLOGIA

La presente constituye una Memoria de tipo teórica que hace uso de una metodología cualitativa basada en lo que Eco propone para una investigación de este tipo (Eco, 1989).

Etapas:

i. Revisión teórica de las diferentes conceptualizaciones del tema dada por los diversos autores.

ii. Integración teórica, análisis crítico de las diversas perspectivas.

iii. Planteamiento de una definición que intente integrar los elementos de las diversas conceptualizaciones sobre el tema, de modo de lograr una definición representativa, unívoca y actualizada.

Actividades:

i. Recopilación del material teórico.

ii. Revisión, selección y sistematización del material.

iii. Síntesis y reflexión sobre la selección hecha.

iv. Elaboración de una definición final.

La investigación pretende ser un aporte a la Psicología, al satisfacer los criterios científicos que propone Eco:

- " La investigación versa sobre un objeto reconocible y definido de tal modo que también sea reconocible para los demás.
- La investigación tiene que decir sobre este objeto cosas que todavía no han sido dichas o bien revisar con óptica diferente las cosas que ya han sido dichas.
- La investigación tiene que ser útil para los demás.
- La investigación debe suministrar elementos para la verificación y la refutación de las hipótesis que presenta y, por lo tanto, tiene que suministrar los elementos necesarios para su seguimiento público." (Eco, 1989)

III.- MARCO TEORICO

1.- DEPENDENCIA QUIMICA

1.1.- DELIMITACION CONCEPTUAL DE LA DEPENDENCIA QUIMICA

El consumo de drogas no es patrimonio de este siglo; ha sido parte de la historia de la humanidad. Ha jugado un rol importante en diversos aspectos del quehacer humano, en una búsqueda común de autotrascendencia, de conexión con un poder superior. Es así como la droga ha estado presente en sacramentos religiosos (especialmente drogas psicodélicas), en culturas indígenas como la azteca, en actos tribales etc.

En este siglo, entre los años 60 - 70 se produce una significativa masificación y occidentalización de la droga, experimentando su auge con el movimiento hippie. Tradicionalmente, en el mundo occidental la droga era utilizada por aquéllos que eran considerados los "marginales" de la sociedad (prostitutas, cantantes, pintores, etc.); sin embargo, paulatinamente comienza a estar presente en sectores menos marginales, observándose actualmente en personas que conforman el núcleo mismo de la sociedad (i.e. profesionales exitosos).

En las últimas décadas, se han ido conociendo los graves daños que ocasiona la droga. Paralela y paradójicamente, la tecnología moderna se ha involucrado en este campo, facilitando así la producción masiva y la creación de nuevas drogas dirigidas a los diversos niveles del mercado; pasta base para niveles populares, cocaína altamente depurada para quienes puedan

solventarla, diversas clases de sustancias estimulantes y relajantes del sistema nervioso etc.

1.1.1.- Dependencia Química

Antes de exponer los distintos aspectos involucrados en la drogadicción, es importante aclarar el concepto de Dependencia Química presente en esta memoria, concepto relativamente reciente y probablemente desconocido para aquellos que no forman parte del campo de la drogadicción y alcoholismo.

Tras muchos años de tratar adictos (alcohol y drogas), los especialistas en el campo concluyeron que no es significativo el producto químico que se consume en cuanto a diagnóstico y tratamiento, debido a que las similitudes entre las drogas, entendiendo que el alcohol también lo es, son mayores que sus diferencias. Sus efectos, por lo tanto, en relación a sus consecuencias físicas y psicológicas, son similares. Coherentemente con este planteamiento, se acuñó el término más general de "Dependencia Química" para describir la adicción tanto al alcohol como a otras drogas que alteren el humor.

El presente trabajo se basará en el concepto de dependencia química usado por Johnson:

> "Si el uso del alcohol u otras drogas causa cualquier trastorno continuo de la vida personal, social, espiritual o económica, y a pesar de eso no se detiene el consumo, la persona sufre de dependencia química"

(Johnson, 1986).

Lo fundamental en la idea de dependencia química es la consideración de las consecuencias, del efecto que el consumo de droga tiene para el dependiente y su familia, así como de la compulsión del consumir a pesar de las consecuencias adversas. "La dependencia química no está directamente relacionada con la cantidad, con la dosis, con la duración o con el modo en que la persona bebe o usa la droga" (Muñoz, 1987).

La idea de dependencia química comprende por lo tanto, en sí misma, la conceptualización de que la dependencia a una droga específica implica necesariamente la potencial adicción a cualquier otra sustancia química adictiva.

Las drogas potencialmente adictivas se dividen en:

1.- Depresores del sistema nervioso central
   a.- Etanol o alcohol
   b.- Tranquilizantes e hipnóticos
   c.- Anestésicos
2.- Opiáceos (derivados del opio)
3.- Estimulantes (anfetaminas, Cocaína, anorexígenos, Cafeína)
4.- Alucinógenos (LSD, Mescalina)
5.- Inhalantes (solventes, Oxido Nitroso, Eter Etílico)
6.- Canabionides (Marihuana)
7.- Nicotina

1.1.2.- Proceso Adictivo

En términos generales, el proceso mediante el cual una persona se va condicionando al consumo de drogas se inicia a partir de los efectos placenteros y/o la supresión de sensaciones adversas (tensión, angustia, etc.) que produce la droga, lo que comienza a actuar como refuerzo positivo, haciendo que la conducta se vuelva a repetir. De este modo, el empleo de la droga tiende a volverse compulsivo, presentándose luego dos fenómenos significativos en la generación de dependencia química, cuales son, la capacidad de la droga de inducir tolerancia y de producir dependencia física (esto será explicado más adelante en "Aspectos Biológicos y Fisiológicos de la Droga").

1.1.3.- Factores Determinantes de la Dependencia Química

Sería caer en un simplismo establecer qué es lo que determina que una persona llegue a consumir drogas, y eventualmente a generar una dependencia. Es una situación multicausal, como todo en el ser humano, donde la mayoría de los autores concuerdan en que intervienen múltiples factores tales como, psicológicos, biológicos y fisiológicos, posibles factores genéticos, factores socioculturales y dinámicas familiares.

- Factores Psicológicos

Entre los factores psicológicos involucrados en la dependencia química se encuentran rasgos de personalidad,

patologías psiquiátricas o psicológicas, variables psicológicas específicas, daño orgánico etc., (estos serán detallados en el punto III 1.2 Caracterización del dependiente químico). A continuación se analizarán las motivaciones que subyacen al consumo de drogas.

En un intento de determinar las motivaciones que inducen al uso de drogas, Dusek y Girdano extrapolaron datos a partir de investigaciones realizadas en Estados Unidos[1], alrededor del año 1983, en jóvenes de edades entre 16 y 25 años. Los datos arrojados son los siguientes:

- la motivación más frecuente era la de "curiosidad"; se daba en el 55% de la población, con un consumo de droga de una a dos veces en su vida
- el "placer debido a aburrimiento" o "búsqueda espiritual" representaba al 40% de la población, con un consumo de una vez al mes a una vez a la semana
- "enajenación social", "enajenación psicológica", "pérdida de identidad" y "apatía" se daba en el 5% de la población, con un consumo diario.

(Dusek & Girdano, 1986)

Si bien Dusek y Girdano no hacen la aclaración, la última categoría motivacional (enajenación social, enajenación psicológica, etc.) es de un orden distinto a las anteriores. Esta, más que motivaciones subyacentes, representaría las consecuencias del consumo de drogas.

---

[1] El alcohol y el cigarrillo no están considerados en esos resultados porque en muchas de las investigaciones no estaban mencionados.

A su vez, Burke (1971), coincidente con otras investigaciones en torno al uso de drogas, sostiene que las motivaciones explicitadas con mayor frecuencia son el placer y la curiosidad. Los autores sostienen que la motivación de placer puede ser vista de dos formas:

- 1. Drogas <u>para</u> el placer: en este caso la droga funciona como medio para lograr un fin. i.e. interacción social, sociabilidad etc.
- 2. Drogas <u>como</u> placer: aquí la droga es un fin en sí mismo, el efecto de la droga da la satisfacción que se busca (Dusek & Girdano, 1983).

- <u>Aspectos Biológicos y Fisiológicos de la Acción de Drogas</u>

La mayoría de las drogas modifican el comportamiento por la acción que ejercen en el cerebro y en el tronco encefálico al alterar los neurotransmisores. Antolio Muñoz es más específico y plantea que "esta enfermedad se localiza en el hipotálamo", y que, "los cambios en los neurotransmisores cerebrales pueden durar hasta 11.5 meses" (Muñoz, 1987). Al existir especificidad por áreas en el cerebro y el tronco encefálico (una relacionada con el control de acciones, otra con las emociones etc.), la alteración de los transmisores neuronales de las distintas áreas cerebrales afecta tanto la conducta física como mental (Dusek & Girdano, 1986).

Todas las drogas llegan al sistema nervioso central por medio de la sangre circulante. El modo de consumo determina la

rapidez con que se sienten los efectos, dependiendo de la velocidad con que la droga entre al torrente sanguíneo. Es así como las drogas inyectadas causan un efecto más inmediato, ya que viajan directamente al corazón. Le siguen las drogas inhaladas, ya que las sustancias deben pasar por los capilares de los pulmones, siendo las más lentas las drogas ingeridas, debido a que éstas deben disolverse primero para que luego se produzca la absorción a la sangre proveniente del área digestiva.

Tras el uso compulsivo de una droga -como se dijo anteriormente-, se llega a la dependencia, con el desarrollo de la tolerancia y la dependencia física. La tolerancia se refiere a que, progresivamente, una misma dosis comienza a provocar un efecto menor que el inicial. Como consecuencia, se debe consumir una cantidad cada vez mayor de la sustancia adictiva para lograr los efectos deseados. Si bien todas las drogas producen tolerancia, las diversas drogas tiene distintos ritmos en la generación de tolerancia. Antolio Múñoz plantea, por ejemplo, que la tolerancia a la cocaína es inmediata, siendo la del alcohol más lenta (Muñoz, 1987).

La administración continua de una sustancia adictiva provoca cambios en el sistema nervioso central; se produce una neuroadaptación. Esta adaptación neurológica es la dependencia física. Cuando ya se ha producido dependencia física, ante la suspensión de la sustancia adictiva, se observan un conjunto de síntomas y signos característicos de cada droga. El síndrome anterior se denomina "síndrome de privación o abstinencia".

Cuando se ha establecido la dependencia física, el consumo

repetitivo es necesario para aliviar los síntomas de abstinencia que se presentan al intentar parar o disminuir el consumo. Rogers & Scott han llamado y descrito este fenómeno como "Esquema de Mantenimiento: aquí la droga se usa principalmente para controlar síntomas de repliegue, y por lo tanto el adicto la ve como una medicamentación". Los autores (Rogers & Scott) afirman que tras la etapa de mantenimiento se llegaría a lo que denominan como, "Pérdida de Control". Esta etapa, que a diferencia de la etapa anterior, en la cual el dependiente aún tiene cierto cuidado de dónde consume y suele detenerse después de cierta cantidad o período de tiempo consumiendo, se caracterizaría por una pérdida de control en las tres áreas principales: cantidad de consumo, momento o lugar donde se usa la droga, y la duración del episodio donde se usa la droga (Rogers & Scott, 1989).

- Factores Genéticos de Dependencia Química

Este es un punto controvertido debido a la dificultad de controlar todas las variables (dinámicas familiares, situaciones sociales, variables biológicas etc.), y a la dificultad que en sí conlleva el estudio de esta área (el difícil acceso a estudios cromosómicos o genéticos). La mayoría de las investigaciones son sobre el alcoholismo debido a que "estudios de transmisión genética de otras farmacodependencias no se han hecho" (Muñoz, 1987).

En el Siglo XIX el postulado general era que el alcoholismo ocurría en familias y era heredado. Ya en la primera mitad del siglo XX, estudios de carácter científico confirman que los

alcohólicos tienen hijos alcohólicos cuatro o cinco veces más que padres no alcohólicos. El alcoholismo es considerado una enfermedad familiar. Esto no implicaba necesariamente un apoyo unánime a la posición biologicista. Para la mayoría de los psicólogos y sociólogos de esa época, que el alcoholismo ocurriera en la familia no significaba que fuera heredado en términos de genética, sino que se entendía como un proceso de imitación por parte de los hijos (Goodwin, 1976).

Donald Goodwin hace y responde dos preguntas claves en relación a este punto. La primera, se refiere a si el alcoholismo es hereditario. El autor habla sobre la imposibilidad de separar lo hereditario de lo ambiental. La segunda pregunta se refiere a la posibilidad de probar si el alcoholismo es hereditario. Concluye que aún no es posible probar que tenga un origen genético porque no se ha hallado una marca cromosómica que lo identifique (Goodwin, 1976). En contraposición a esto, Muñoz cita estudios donde se considera que podría estar involucrado un gen, incluso de tipo dominante. Este postulado se basa en hallazgos de un riesgo de alcoholismo tres veces mayor al normal, en nietos de alcohólicos de padres no alcohólicos, (Muñoz, 1987). Este planteamiento no se basa en identificaciones cromosómicas.

Por último, Goodwin plantea que lo que se sabe es lo siguiente:

i.- que el alcoholismo ocurre en familias

ii.- que entre el 20-25% de los hijos hombres de alcohólicos y alrededor de un 5% de las hijas, se hacen alcohólicos

iii.- que las tasas anteriores son 4 o 5 veces más altas que las

de la población general

iv.- que el alcoholismo ocurre incluso en familias con hijos que han sido separados de sus padres biológicos alcohólicos y criados por padres adoptivos no alcohólicos.

(Goodwin, 1976)

La conclusión del autor es que algunas personas comienzan sus vidas con cierta susceptibilidad al alcoholismo. Por lo tanto, el alcoholismo en algunas personas no es un comportamiento aprendido sino dependiente de otros factores que podrían ser genéticos o constitucionales (Goodwin, 1976).

En términos generales podríamos decir que, hoy en día, los estudios de adopción de gemelos tienden a confirmar la importancia de factores genéticos en cuanto a la vulnerabilidad hacia la condición adictiva, si bien hay que tener presente los múltiples factores involucrados en la predisposición a desarrollar una dependencia química. Así, aparecen como facilitadores algunos rasgos de personalidad, el daño cerebral mínimo y condiciones psiquiátricas como los cuadros afectivos y personalidades anormales previas, la facilidad para el acceso a drogas, la aprobación social del uso, y por último, dinámicas familiares anormales (Schilkrut, 1991).

- Factores Socioculturales

En latinoamérica específicamente, el peso de las variables socioculturales es de gran relevancia, existiendo una estrecha interrelación entre el machismo y la presión por el consumo, casi

llegando a la prescripción social de una ingesta excesiva e indiscriminada de alcohol. Lo anterior acentuándose más, en los niveles socioeconómicos medio y bajo, si bien está presente en todos los estratos.

En la última década, la cocaína se ha posicionado, en una parte importante de la subcultura "yuppie": adultos jóvenes (30 - 40 años), profesionales exitosos, generalmente altamente remunerados, con un vertiginoso estilo de vida y trabajo, donde la cocaína pasa a ser un elemento central que les permite seguir ese ritmo. Por esto, al igual que el alcohol en el contexto anterior, la droga logra un estatus, lo que hace que sobre el deseo personal de consumo exista una presión social que promueve activamente el uso.

El fenómeno anterior se ha marcado notoriamente en Chile en los últimos 2-3 años. Datos del año 1991-92 de un centro privado de rehabilitación de dependientes químicos (I.N.S.I.) muestran que un 56% de los pacientes ingerían alcohol como su droga principal y, un 14%, abusaban de cocaína como sustancia primaria (los otros subgrupos eran marihuana, benzodiazepinas y anfetaminas); en el mismo centro los datos actuales (año 1993-94) muestran que los consumidores principales de alcohol bajaron a un 33% y los de cocaína subieron a 44%.

Se considera importante en este punto hacer una breve mención al análisis que Kandel et al. hacen de la influencia sociocultural y/o familiar en el consumo de drogas de adolescentes. Ellos distinguieron tres etapas con sus contextos determinantes. La primera sería el uso de drogas legales, tales

como alcohol, lo que, según los autores sería un fenómeno netamente social. La segunda involucra el uso de marihuana y sería una etapa donde la principal influencia sería de los pares. Por último, estaría el consumo de otras drogas ilegales, en la cual se considera que la influencia de la familia es central. Tan determinante es la calidad de las relaciones parentales, que Kandel et al. consideran que los pares no tendrían importancia si existe una familia firme y fuerte en la vida del joven (Kandel et al.; cit. por Dusek & Girdano, 1986).

Dreckmann y Vera consideran que las etapas planteadas por Kandel et. al. no corresponden a la realidad chilena. Estas sostienen que de hacer un paralelo con la clasificación mencionada, por la forma de consumo que tiene la marihuana en la población atendida[2], correspondería al tercer nivel. Por último, sostienen que independiente de las categorías, "el uso y abuso dependen de factores tanto familiares como societales" (Dreckmann & Vera, 1985).

Uno de los factores mencionados como determinante de la dependencia química es el de la dinámica familiar. Dada su importancia en la configuración de la dependencia, será tratado en un punto específico, "Dependencia Química y Familia" (punto III.1.3).

---

[2] La población atendida corresponde a familias de clase media y baja, con un miembro consumidor de marihuana, que consultaron al Hospital Exequiel González Cortés.

1.2.- CARACTERIZACION DEL DEPENDIENTE QUIMICO

Previamente se ha expuesto en líneas generales el concepto de dependencia química, así como los factores psico-motivacionales, biológicos, genéticos, y socioculturales que estarían jugando un rol en la configuración del dependiente químico. Un siguiente paso será entonces el ejemplificar este concepto a través de la descripción de procesos específicos que vive el dependiente químico, y que se traducen en una caracterización de un modo de ser y estar consigo mismo y los demás.

1.2.1.- Etapas

Si bien hay matices de diferencias entre las etapas que pasan los dependientes químicos a distintas sustancias adictivas, existen ciertas líneas generales comunes a todos. Así, las etapas por las que pasarían los dependientes químicos son las siguientes:

(Schilkrut, 1991)

1. ETAPA INICIAL: en esta etapa se establece un vínculo emocional anormal con la droga. El dependiente químico asocia que el consumo le provoca efectos anímicos determinados (euforia, relajación, desinhibición, inducción del sueño, alejamiento afectivo de sus problemas). La vida se comienza a organizar en torno a la droga, se protege la droga, existe preocupación por el suministro, llegando a un consumo que va de creciente a inapropiado. Comienza a desarrollarse el mecanismo de

tolerancia. En esta etapa ya se experimentan sentimientos pasajeros de vergüenza y culpa.

2. ETAPA CRUCIAL o INTERMEDIA:
Esta etapa se caracteriza por la instalación de los síntomas principales de la enfermedad. Esta sintomatología muestra "cómo la dependencia química es básicamente una enfermedad de los sentimientos y de los afectos y no sólo consumo patológico de sustancias".

Se presenta:

" -Descontrol emocional e impulsivo, que favorece la ingesta y la aparición de conflictos en todas las áreas.

- Fenómenos de negación y supresión de emociones; inicialmente se niega sólo el impacto y la magnitud de la adicción, pero posteriormente el empobrecimiento afectivo se extiende a la totalidad de la vida psíquica y de relaciones personales.

-Se presentan remordimientos, vergüenza, culpa, autorrecriminación, ansiedad. Predomina con frecuencia un ánimo depresivo, primero transitorio y después permanente.

-Se deteriora la autoimagen, deterioro que se intenta compensar mediante mecanismos de proyección, hostilidad, autocompasión.

-Finalmente aparecen síndromes psiquiátricos, especialmente depresivos y paranoídeos, que pasan a caracterizar la conducta de la persona afectada. "

3. ETAPA AVANZADA: la tercera y última etapa es crítica. Se produce una negación masiva y se presenta, además, depresión,

paranoia y/o deterioro. Se comienzan a experimentar consecuencias adversas en el contexto general del dependiente químico a nivel familiar, económico o laboral, e incluso ético. Dusek y Girdano a su vez, plantean que, por lo severo del cuadro, esta fase generalmente se configura por la ayuda médica, social y psicológica a fin de evitar la demencia o eventual muerte del dependiente químico

TABLA RESUMEN DE ETAPAS

ETAPA	NEURO ADAPTACION (S.N.C.)	USO SUST. ADICTIVA	SINTOMAS
INICIAL	Condicionamiento Desarrollo de tolerancia	Creciente	Vínculo afectivo con sust. Preocupación por el suministro
INTERMEDIA O CRUCIAL	Dependencia física Pérdida de control	Impredictible Compulsivo	Sints. Emocionales Mec. de Negación Alt. Mnésicas
AVANZADA	Disminución de Tolerancia	Compulsivo Rutinario	Negación Masiva Depresión/Paranoia/Deterioro Daño Somático Crisis Fliar,laboral, económica

1.2.2.- Descripción de una Población de Dependientes Químicos

Se hará una breve descripción de datos recogidos en un centro privado de rehabilitación de dependencia química (I.N.S.I) el año 1992, de una población total de 101 pacientes. Estos se distribuyen en: consumo de alcohol, 57 pacientes; cocaína, 14

pacientes; y de drogas múltiples, 30 pacientes.

Los pacientes ingresan al centro con síndromes diagnósticos secundarios al consumo, producto del abuso de la droga. Estos síndromes varían según cada subtipo de dependencia química. En la dependencia química de alcohol, el mayor número de pacientes presentaba organicidad (57%), le seguía ansiedad - paranoia (52%), y luego síndrome de depresión (31%), siendo la manía el síndrome menos frecuente (13%). En el dependiente de cocaína, el síndrome diagnóstico más frecuente era la ansiedad-paranoia (71%), lo cual es significativamente mayor a cualquier otro síndrome; manía (36%), depresión (29%) y organicidad (21%). Por último, los datos recogidos en la población de poliadictos reflejan que, al igual que en la cocaína, el síndrome de ansiedad-paranoia es significativamente mayor a cualquier otro (60%), manía y depresión presentan el mismo porcentaje (20%), siendo la organicidad el índice más bajo (7%). Es necesario aclarar que un dependiente químico puede presentar más de un síndrome diagnóstico simultáneamente.

Las pruebas psicológicas (W.A.I.S. y Rorschach) arrojan los siguientes resultados: un muy alto nivel de impulsividad en los dependientes químicos al alcohol y en los poliadictos (73% y 88% respectivamente), y de disforia (un 71% para ambos subtipos). En los dependientes químicos a cocaína, los más altos puntajes son aquéllos que expresan contenidos paranoides y disforia (ambos un 70%), le sigue la impulsividad (60%). Los contenidos paranoides también fueron relativamente altos en los poliadictos (63%), no tanto en los dependientes químicos de alcohol (31%). Los abusadores de alcohol presentaron daño orgánico cerebral en un

porcentaje significativamente más alto que los cocainómanos y los poliadictos (60%, 30% y 11% respectivemente). La última variable considerada fue el déficit atencional, encontrándose un mayor porcentaje en los poliadictos (29%), secundado por los cocainómanos (20%), y por un bajo porcentaje en los abusadores de alcohol (8%).

En los exámenes de E.E.G. y C.T. de Scanner Cerebral del sistema nervioso central, a los subtipos de dependencia química, el más dañado es el del alcohol, con una atrofia cerebral en Scanner (66%) y registros anormales de E.E.G. (45%). Los cocainómanos y poliadictos presentan daños relativamente similares en atrofia cerebral en Scanner (12% y 11% respectivamente) y en registros anormales de E.E.G. (21% y 28% respectivamente).

A partir de los datos anteriormente expuestos se puede decir que los dependientes químicos presentan, según cada subtipo y en distintos grados de severidad, síndromes diagnósticos secundarios. Estos son ansiedad-paranoia, síndrome depresivo, manía y organicidad. A nivel psicológico, se puede observar, impulsividad, disforia, contenidos paranoides, daño orgánico cerebral y déficit atencional. Se encuentra además, entre otras alteraciones físicas, atrofia cerebral y registros de E.E.G. alterados.

CUADRO RESUMEN

- SIND. SEC.= Síndrome Secundario; Org.= Organicidad; A-P= Ansiedad-Paranoia; S.Dep.= Síndrome Depresivo; Ma.= Manía
- V. PSIC.= Variables Psicológicas; Imp.=Impulsividad; Dis.= Disforia; C.Par.= Contenidos Paranoídeos; D.O.C= Daño Orgánico Cerebral; Def. At.= Déficit Atencional
- EX. S.N.C.= Exámenes Sistema Nervioso Central; E.E.G.al.= alteración de registro de E.E.G.; Scan.al.=Alteración de Scanner.

	DEPENDENCIA QUIMICA		
	ALCOHOL	COCAINA	M. DROGAS
SIND.SEC. Org.	57%	21%	7%
A-P	52%	71%	60%
S.Dep.	31%	29%	20%
Ma.	13%	36%	20%
V.PSIC. Imp.	73%	60%	88%
Dis.	71%	70%	71%
C.par.	31%	70%	63%
D.O.C.	60%	30%	11%
Def.At.	8%	20%	29%
EX.S.N.C. E.E.G.al.	45%	21%	28%
Scan. al.	66%	12%	11%

1.2.3.- Otros Aspectos de la Caracterización

Sin descontar la seriedad de todo los datos anteriores, se considera que el aspecto más conflictivo de la dependencia química es el proceso de negación de la enfermedad (en cuanto a gravedad, cantidad de consumo, etc.) del dependiente químico y muchas veces de su familia. Esta negación se expresa mediante la evitación del establecimiento de relaciones entre problemas y síntomas con el abuso de drogas. Al avanzar la enfermedad y a partir de esta negación, se va configurando un "sistema alienante", es decir, "un alejamiento y distorsión masiva y patológica de la realidad" (Schilkrut, 1991).

El sistema alienante mencionado está constituido por diversos fenómenos tales como, mecanismos de racionalización y proyección; mecanismos de represión; recuerdos eufóricos y "blackouts". El primero lleva al dependiente químico a transformar genuinamente lo que es consecuencia en causa, "uso drogas porque tengo una mala relación de pareja". La represión lo lleva a olvidar selectivamente los recuerdos difíciles o avergonzantes para quedarse principalmente con recuerdos eufóricos, es decir, con aquellos momentos de euforia, relajación y desinhibición productos del consumo. Los "blackouts" son "episodios de origen orgánico cerebral en los que la persona no recuerda lo ocurrido durante la ingesta y actúa en forma automática". Estos fenómenos son angustiantes para el dependiente químico, y en el trasfondo generalmente existe un temor a enloquecer (Schilkrut, 1991).

A partir de la descripción anterior, a continuación se señalará cómo experimenta el dependiente el surgimiento de los

distintos fenómenos, qué le va sucediendo emocionalmente al dependiente químico con el desarrollo de la enfermedad. Schilkrut describe el "síndrome emocional" del dependiente químico. El autor afirma que primero se produce una oscilación eufórica con la ingesta y luego la racionalización y la supresión de emociones. Esto último es de tal importancia en la dependencia química, que la enfermedad también se conoce por "enfermedad de los sentimientos o emociones". Paralelamente, en el dependiente van surgiendo remordimientos, vergüenza, culpa, autorrecriminación y ansiedad. La autoimagen se va deteriorando y se presenta proyección, hostilidad y autocompasión. En un estado avanzado de la enfermedad se pueden observar síndrome paranoídeo, síndrome depresivo, e ideas, impulsos y conductas suicidas (Schilkrut, 1991).

1.3.- DEPENDENCIA QUIMICA Y FAMILIA

La mayoría de los autores coinciden en que la dependencia química es una enfermedad familiar y describen cómo la adicción, en sus efectos, va produciendo emociones particulares en cada uno de los miembros de la familia. Ninguno puede mantenerse desligado del problema, lo que hace que se genere y constituya una red de emociones, conversaciones y conductas familiares sobreinvolucradas y estimuladoras de la dependencia química. Algunos de estos autores anticipan además a la descripción anterior, la necesidad de un contexto familiar con características particulares, que serían aquellas familias que, por su forma de ser familia, tenderían a facilitar el desarrollo

de adicción en uno de sus miembros.

En relación al crucial significado del vínculo dependencia química-familia, Stanton et al. comentan que muchas veces se pierde de vista que las intensas oscilaciones que vive el adicto en relación a situaciones de violencia, de problemas con la justicia, de estados emocionales intensos, etc., se superponen y se dan en un contexto de una gran e intensa estabilidad relacional entre el adicto y los miembros de su familia. (Stanton et al., 1982).

Estos autores propusieron un modelo conceptual que diera cuenta de los fenómenos que suceden en las familias de adictos. Su trabajo principal fue con familias donde un hijo/a abusaba de drogas.

Ellos plantean que hay acuerdo entre los especialistas en que, en términos generales, el abuso de drogas está relacionado con las dinámicas particulares del período de la adolescencia: independencia, asertividad, establecimiento de relaciones heterosexuales fuera de la familia etc. Lo particular del adolescente adicto es que en él se exacerba la ambivalencia propia del joven entre ser independiente y autónomo, y el temor a ser adulto. Este temor exacerbado se da en el contexto de una familia que vive la idea de separación con intenso temor y con una sensación catastrófica.

El temor a la separación de la familia de los dependientes químicos ha sido considerado una observación altamente significativa, denominándola por lo tanto, "la observación

fundamental". El patrón de esta dinámica se tiende a configurar de la siguiente manera: en el momento que el adicto pasa por una etapa menos crítica, pudiéndose traducir en una eventual separación de su familia (concreta o sólo de mayor autonomía), se da una crisis familiar (entre los padres o de los padres con algún otro hijo). La eventual separación o mayor autonomía del adolescente se dificulta de inmediato, al sentir su presencia necesaria en medio de su núcleo familiar que está falto de apoyo y ayuda. Se revierte así el proceso de posible independencia. La familia siente el temor de separación tanto como el dependiente químico; la necesidad de él por parte de la familia es la misma o mayor a la necesidad de la familia de parte del adicto.

En relación a lo anterior hay evidencias de que los adictos ya más adultos, a pesar de sus protestas por independencia, mantienen uniones familiares fuertes aunque no vivan con su familia (por ejemplo, llamadas telefónicas diarias). El sobreinvolucramiento en estas familias (a diferencia de las normales) sólo es un elemento más de la disfunción.

El dependiente químico está atrapado en un dilema: por un lado tiene gran presión de permanecer intensamente involucrado con su familia, y por otro, fuerzas socioculturales y sociobiológicas son una influencia para que se establezca fuera de la familia. La solución a este dilema es mantener la adicción. La adicción es una solución paradojal para el dependiente químico y su familia, vía la seudo individuación. El patrón que se establece es el siguiente: mientras más alejado se mantiene el adicto de su familia, más se enferma, convirtiéndose

en un sujeto cada vez más incompetente y por lo tanto dependiente, lo que refuerza la necesidad y las conductas del adicto mismo y de su familia de mantenerse/lo bajo la protección y cuidado familiar, por lo tanto cada vez más dependiente.

1.3.1.- Dinámica Familiar y Establecimiento de Pareja

Uno de los pasos de mayor autonomía, tanto concreta como simbólica para un joven, es el lograr una relación de pareja estable y eventual matrimonio. Esto implica necesariamente el ir focalizándose en su familia nuclear para ir colocando lentamente a su familia de origen en un segundo plano.

En cuanto a la formación de pareja en los dependientes químicos, las dinámicas observadas por Stanton et al. y otros autores son congruentes con su "observación fundamental". Se podría pensar que la influencia más importante en la mantención de la dependencia química del adicto estaría dada por la esposa de éste, sin embargo, se ha visto que los otros significativos para el adicto siguen siendo los miembros de su familia de origen, y que pareciera que sólo está esperando una excusa para volver a ella. Se plantea que un aspecto importante de esta dinámica tiene que ver con una "falta de permiso" de la familia de origen del adicto para el establecimiento de un matrimonio exitoso. Un matrimonio realmente exitoso sería amenazante para la familia de origen porque se viviría como la pérdida real y concreta del hijo. Se mantiene por lo tanto vivo el mensaje "si tienes problemas con tu mujer, siempre puedes volver y quedarte con nosotros" (Stanton et al., 1982).

La "observación fundamental" se expresa en la siguiente dinámica: cuando los padres del dependiente químico tienen algún motivo para sentir que lo pueden haber perdido (ya sea por no haber ido por un tiempo a casa o alguna otra razón), éstos generarán conductas/situaciones eficientes en términos de alertar al dependiente químico respecto a su pertenencia familiar. El dependiente químico siente entonces la necesidad de volver a ayudar por medio de convertirse él en el foco de atención de sus padres. Una posibilidad es que surjan conflictos maritales (entre el dependiente y su pareja) que pasen a formar una parte funcional del sistema intergeneracional homeostático. Estos conflictos maritales se expresan vía peleas de gran intensidad o vía la mantención de un nivel de peleas constante, lo que hace, que en cualquiera de los dos casos, el dependiente químico pueda transmitirle el siguiente mensaje a los padres: "no estoy muy bien, por lo tanto no me van a perder".

Stanton et al. entregan datos que confirman las observaciones anteriormente planteadas. Estos son los siguientes: a) el número de hombres dependientes químicos que se casan es la mitad del rango normal de la población; b)el índice de matrimonios múltiples está por sobre la media tanto en hombres como mujeres dependientes químicos.

1.3.2.- Función del Síntoma

Los autores Stanton et al. (1982) también analizaron qué función estaban cumpliendo los síntomas específicos de la dependencia química, si bien, como se planteó anteriormente, la

principal conclusión es que proveen a las familias de una resolución paradójica a su dilema en relación a la separación. Ellos se centraron en cinco aspectos del comportamiento del dependiente químico: la euforia, la agresividad, las relaciones heterosexuales, las subcultura de la droga y la abstinencia:

- euforia: plantean que "muchos autores la han analogado a una fusión o relación simbiótica con la madre, un tipo de saciedad infantil regresiva" . Por eso cuando el dependiente químico está en este estado, puede estar unido a su familia de una forma similar a cuando era niño. Por otro lado, la droga ensimisma y embota, por lo que le permite al adicto estar presente estando "ausente", eliminando así la ansiedad que conlleva el exceso de cercanía.

- agresividad: plantean que es una vía mediante la cual el dependiente químico puede ser asertivo con su familia. Pero estas conductas son descalificadas por parte de la familia atribuyéndolas al efecto de las drogas. Esta descalificación es a su vez confirmada por el dependiente químico cuando está sobrio.

- relaciones heterosexuales: fue analizado previamente, pero en términos generales, aparentemente las amarras familiares interfieren con la posibilidad del dependiente químico para desarrollar relaciones de pareja apropiadas. Coherentemente con esto, existen altos índices de homosexualidad, retirada del plano sexual, disfunciones sexuales, etc. Por otro lado, la droga produce experiencias algo erotizadas, lo cual hace que el vínculo con la droga, tanto desde el punto de vista de la intensidad como

de la sensualidad, sea equivalente en cierto grado a un amor de pareja.

- subcultura de la droga: aparentemente le permite al dependiente químico estar fuera de su familia, pero sólo de una manera tolerable para ésta. Por lo explicado anteriormente, al funcionar con pares adictos, el joven se siente autónomo, independiente o exitoso. Paradójicamente, mientras más está con ellos más consume y, por lo tanto, más dependiente e incompetente se vuelve. Este patrón lo mantiene en su rol, lo que tranquiliza a la familia.

- la abstinencia: los autores consideran que ésta tiene una función simbólica, que va más allá de los aspectos fisiológicos. Un ejemplo de esto es el proceso que lleva a la abstinencia al dependiente químico a la metadona: "Cuando éste va disminuyendo el consumo paulatinamente, el último paso de 1mg de metadona a nada, farmacológicamente es simple pero implica pasar de ser adicto a dejar de serlo. En ese momento la familia pone muchísima presión y bastantes veces el dependiente químico cae" (Stanton et al., 1982). Esta última etapa representaría un cambio de un aspecto importante de la identidad, no sólo del adicto, sino de toda la organización familiar, con las consecuencias que esto conlleva.

1.3.3.- Características Recurrentes de cada Miembro de la Familia

Dreckmann y Vera en un estudio de familias con un miembro consumidor de marihuana realizado en nuestro país, observaron

características recurrentes en los miembro de estas familias. Lo anterior coincide por lo observado por Stanton et al. (Dreckmann & Vera, 1985; Stanton et al., 1982).

A continuación se presenta un cuadro resumen con las características observadas por las autoras (Dreckmann y Vera):

MADRE	Ansiosa, supervisora, competitiva con la autoridad, ambivalente. Si bien ejercen control represivo con el hijo, a la vez son ilimitadamente indulgentes. Existen sentimientos de culpa, que se manifiestan en la infantilización que hacen del hijo. Hace imponer disciplina al padre y luego lo critica por ser duro.
PADRE	Pasivo, hipercrítico, mala expresión de afectos, ineficaz en disciplinar aunque parece autoritario. Tendencia a deprimirse. Se opone pasivamente a la rel. madre-hijo.
HIJO	Crónicamente conflictivo, poca autonomía. De niño frágil y enfermizo, por lo que ha sido fuente de ansiedad para la familia desde la infancia.

(Dreckmann & Vera, 1985)

1.3.4.- Proposición de un Modelo

Stanton et al. generaron un modelo explicativo (de las dinámicas de las familias dependientes químicas), que diera cuenta de todos los fenómenos mencionados. En este sentido, plantean que la mayoría de la literatura existente es lineal-causal ("A causa B" o "A, B llevan a C"), en contraste con la visión circular o recursiva (" A lleva a B, B lleva a C, y su vez C lleva a A"). El modelo al cual llegaron es circular, y tiene sus raíces en trabajos de Jackson y Haley (Stanton et al, 1982).

Se parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más personas, generalmente el dependiente químico y sus padres. Estas personas forman un sistema interpersonal íntimo e interdependiente. En ciertas ocasiones, este equilibrio es amenazado, por ejemplo, cuando un conflicto parental se amplifica al punto de suponer separación. En ese momento, el dependiente químico amplifica su conducta pudiendo tomar múltiples formas de manera que la atención se focalice dramáticamente en él. Esta amplificación tiene consecuencias apaciguadoras para esta tríada interdependiente de la siguiente manera: los padres, al estar involucrados en un conflicto conyugal, están teniendo que enfrentar el fantasma de la separación con la angustia que esto causa en una familia de este tipo. La conducta enferma del hijo hace que se unan pragamática y emocionalmente para cuidarlo, calmando así y dejando atrás las angustias catastróficas de separación. Una vez reestablecido este equilibrio, el dependiente químico disminuye su conducta y se muestra más competente. Al ir incrementando esta competencia y posible autonomía, los padres van quedando solos con sus conflictos. En

2.- CODEPENDENCIA

2.1.- DEFINICIONES DE CODEPENDENCIA

2.1.1. Codependencia en el Contexto de la Dependencia Química

Las primeras definiciones propiamente tales de codependencia, se encuentran a partir de 1979, momento en que se acuña el término "para referirse a personas que se habían hecho disfuncionales como resultado de vivir en una relación de compromiso con un alcohólico" (Beattie, 1987).

A partir de entonces, se observa una gran cantidad de definiciones que difieren en cuanto a las características que enfatizan y a los campos a los que aplican el concepto. Sin embargo, existe cierto consenso en considerar al campo de la dependencia química como aquél que le dio origen al concepto y aquél donde radica su mayor significancia.

Los primeros antecedentes de la codependencia pueden hallarse en la literatura sobre alcoholismo y familia. En 1989, Martin realizó una investigación de la literatura sobre el tema y halló sorprendentes similitudes entre trabajos de los años 50 y la literatura actual. Martin cita estudios de Whalen, quien, en 1953, describió a mujeres de alcohólicos atendidas en una agencia de servicio familiar, agrupándolas en cuatro categorías: la sufriente, la controladora, la castigadora y la dubitativa (Martin, 1989). Bailey cita varios estudios que describen el comportamiento maladaptativo de mujeres de alcohólicos: "Desde el principio, estudios de mujeres de alcohólicos, han subrayado sus

alteraciones y pobre integración con especial énfasis en conflictos de dependencia" (Bailey, 1961; cit. por Martin, 1989).

Todas las definiciones que se revisan a continuación, contextualizan la codependencia en el campo de la dependencia química. Sin embargo, la mayor parte de los autores también considera otros campos para la aplicación del concepto; es decir, no sólo en familias de dependientes químicos se producirían dinámicas posibles de generar codependencia, sino que también se pueden hallar dinámicas similares en otros contextos diferentes al mencionado.

En este punto de la Memoria, se exponen las definiciones de codependencia de algunos autores que, de manera explícita en la literatura -aunque no necesariamente en sus definiciones-, mencionan al campo de la dependencia química entre aquéllos a los que pueden encontrarse personas codependientes.

A partir de un análisis formal de las definiciones de codependencia, propuestas entre los años 1979 y 1992, se observan algunas tendencias en el tiempo que permiten agruparlas en diferentes categorías.

Inicialmente, las definiciones aludían al campo de aplicación del concepto; más precisamente, al campo del alcoholismo como aquél donde se situaban los problemas de codependencia. Posteriormente, se observa un giro de las definiciones hacia un intento por determinar la naturaleza de la codependencia. Más adelante, y continuando con la tendencia anterior, las definiciones comienzan a enfatizar sus

características esenciales. Finalmente, las definiciones vuelven a centrarse en determinar los campos de aplicación del concepto, pero esta vez se extienden más allá del campo del alcoholismo.

El criterio de presentación de las definiciones se basa en las tendencias señaladas con respecto a sus aspectos formales.

- Enfasis en el Campo de Aplicación del Concepto (alcoholismo)

En 1981, surge una definición de codependencia muy parecida a la acuñada en el año 79:

> " Codependientes son todas las personas que tienen una relación de matrimonio o amor con un alcohólico, tienen uno o más padres o abuelos alcohólicos o crecieron en una familia alcohólica" (Wegscheider-Cruse, 1981; cit. por Prest & Storm, 1988).

Hasta el año 81, las definiciones existentes sólo hacían referencia al campo de aplicación del concepto, o más precisamente, a la ubicación del problema en el contexto específico del alcoholismo.

- Enfasis en la Naturaleza de la Codependencia

La respuesta a la pregunta "qué es la codependencia", comienza a plasmarse en 1984, cuando Whitfield la define como:

"Comportamiento maladaptativo o problemático que está asociado a vivir, trabajar o ser cercano a una persona con alcoholismo (otra dependencia química o impedimento crónico). Afecta no sólo a individuos sino también a familias, comunidades, empresas y otras instituciones, incluso a comunidades enteras" (Whitfield, 1989).

Con este autor, el concepto se extiende, por primera vez, más allá del campo del alcoholismo, para incluir a personas cercanas a otros dependientes químicos y a impedidos crónicos. También se plantea por primera vez, la posibilidad de hablar de familias, comunidades y empresas codependientes.

En 1985, Wegscheider-Cruse amplía su definición original (1981) e intenta responder a la pregunta acerca de la naturaleza de la codependencia, refiriéndose a una de sus características centrales:

"Preocupación y extrema dependencia (emocional, social y a veces física) en una persona u objeto. Eventualmente, esta dependencia en otra persona se transforma en una condición patológica que afecta al codependiente en todas las otras relaciones. Esto puede incluir a todas las personas que: (1) están enamoradas o casadas con un alcohólico; (2) tienen uno o más padres o abuelos alcohólicos; (3) crecieron en una familia emocionalmente represiva...Es una enfermedad primaria y ocurre en cada miembro de una familia alcohólica" (Wegscheider-Cruse, 1985; cit. por Whitfield, 1989).

Es de interés notar que la codependencia ya no surge sólo en las parejas o familiares de alcohólicos sino que también puede desarrollarse en aquéllos que han crecido en una familia emocionalmente represiva.

En 1986, Cermak elabora una definición bastante más acabada que las anteriores. Intenta sistematizar los conocimientos sobre la codependencia y desarrollar criterios diagnósticos que permitan incorporar este trastorno en el DSM III. Cermak es el autor que más ha insistido en la necesidad de establecer bases científicas para el estudio de la codependencia. La define como:

> "Es un patrón reconocible de rasgos de personalidad., predeciblemente hallado entre la mayoría de los miembros de familias químico-dependientes, que son capaces de crear una disfunción suficiente como para garantizar el diagnóstico de Desorden Mixto de Personalidad como es señalado en el DSM III" (Cermak, 1986).

> "Desorden de personalidad. basado en: una necesidad de control frente a serias consecuencias adversas; negación de las propias necesidades; distorsiones de límites alrededor de la intimidad y la separación; entrampamiento con personas disfuncionales; y otras manifestaciones tales como negación, sentimientos constreñidos, depresión y enfermedades médicas relacionadas con el estrés" (Cermak, 1986; cit. por Whitfield, 1989).

- Enfasis en las Características de la codependencia

A partir de 1987, en las definiciones se comienza a observar un mayor énfasis en las características propias de la codependencia:

> "Un codependiente es una persona que deja que le afecte el comportamiento de otra persona y que está obsesionada con controlar el comportamiento de esa persona" (Beattie, 1987).

> "...adicción en sí misma caracterizada por una urgencia incontrolable en buscar su plenitud en personas u objetos externos a sí mismos" (Prest & Storm, 1988; cit. por O'Brien & Gaborit, 1992).

> "Preocupación (inducida por estrés) por la vida de otro, conducente a comportamiento maladaptativo" (Mendenhall, 1987; cit. por Whitfield, 1989).

Cabe señalar que, para Mendenhall, la codependencia afecta no sólo a familiares de dependientes químicos, sino también a hijos de familias disfuncionales. El autor plantea que a estos hijos se les ha acondicionado a adaptarse a comportamientos anormales y responden desarrollando mecanismos para hacer frente a esta situación. Estos mecanismos se describen como dependencia disfuncional o codependencia.

En 1989, reaparece Whitfield también con una definición más ilustrativa de aquello que caracteriza a la codependencia:

"Cualquier sufrimiento y/o disfunción asociada con o resultado de un enfoque en las necesidades y comportamiento de los otros" (Whitfield, 1989).

Es de interés notar que, a diferencia de su antigua definición (1984), la presente ya no incluye ninguna asociación explícita con el alcoholismo.

- Enfasis en los Campos de Aplicación del Concepto (diferentes al alcoholismo)

Potter-Efron (1989) y Arnold (1990) nuevamente proponen definiciones cuyos enfoques se centran en aquéllos a quienes afecta la codependencia. Sin embargo, a diferencia de las definiciones formuladas hasta el año 81, en éstas el campo de aplicación se extiende más allá del alcoholismo. Potter-Efron plantea que la codependencia puede surgir no sólo en familiares de dependientes químicos, sino en cualquier ambiente familiar de alto estrés.

"Alguien que ha estado afectado significativamente de manera específica por estar involucrado actualmente o en el pasado en una familia químico-dependiente, alcohólica u otro ambiente familiar de alto estrés por un período prolongado" (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989).

En el caso de Arnold, el alcance es aún mayor al plantear que la codependencia puede desarrollarse en hijos de enfermos

crónicos, familiares de trabajólicos y en cualquier ambiente familiar donde los problemas de un miembro interfieren con el desarrollo emocional del resto:

> "el término codependencia se usa para describir a familias que .tienen un padre con una enfermedad física o mental crónica, la familia de un "trabajólico" o cualquier situación en que los problemas de un miembro de la familia interfieren con el desarrollo emocional saludable de los otros miembros" (Arnold, 1990).

Tal como puede apreciarse, hasta la fecha se ha acuñado un gran número de definiciones de codependencia que intentan enfatizar diferentes aspectos del problema en juego. A pesar de la aparente diversidad, es posible extraer algunos elementos en común que serán analizados y discutidos posteriormente.

2.1.2.- Codependencia y otros Campos de Aplicación

Existe un grupo de autores que, aunque probablemente no excluyen al campo de la dependencia química de la codependencia, se destacan por sus particulares planteamientos y/o porque enfatizan la existencia de codependencia en campos que se extienden más allá de los miembros familiares del dependiente químico.

> En 1984, Subby & Friel definen la codependencia como:
> "...un patrón emocional, psicológico y conductual que se desarrolla como resultado de la prolongada

exposición, y práctica del individuo, a un conjunto de reglas opresivas" (Subby & Friel; cit. por Whitfield, 1989).

Morgan agrega que la adherencia a estas reglas disfuncionales lleva a alteraciones de la identidad en los miembros de la familia, y que la codependencia sería la resultante de una mayor inversión de energía psicológica en un sí mismo falso que verdadero (Morgan, 1990).

En 1985, Smalley plantea que la codependencia tendría su origen en familias de alto estrés. Bajo esta categoría, incluye a familiares de impedidos crónicos. El codependiente repetiría en su vida adulta los patrones de tensión de su familia de origen, aparentemente con el propósito de evitar el dolor. Aunque no entrega mayores antecedentes, plantea que la codependencia también puede surgir en homosexuales y en familiares de comedores compulsivos (Smalley, 1987). En 1985, la autora propone la siguiente definición:

"...un patrón dependiente exagerado de comportamientos aprendidos, creencias y sentimientos que hacen la vida dolorosa. Es una dependencia en personas y cosas fuera de sí mismo, junto con una negación de sí mismo, al punto de tener muy poca autoidentidad" (Smalley; cit. por Whitfield, 1989).

Junto con Smalley en 1985, Gierymski & Williams (1986) y Kress (1989) también proponen la posibilidad de surgimiento de codependencia en miembros familiares de personas con enfermedades

crónicas.

En 1986, aparece Schaef con una definición muy global afirmando que la codependencia es sufrida por la sociedad entera:

> "la codependencia es una enfermedad que tiene múltiples formas y expresiones y que crece de un proceso de enfermedad que es inherente al sistema en el cual vivimos" (Schaef; cit. por Morgan, 1990).

Schaef plantea que la sociedad, a través de sus diferentes instituciones, enseña a las personas a congelar los sentimientos, a ser perfeccionistas y sentirse inadecuados, sentando de este modo las bases para la codependencia (Schaef, 1986; cit. por Finnegan & McNally, 1989). Existiría un proceso de enfermedad que subyace tanto al alcoholismo como a la codependencia. A este proceso lo llama el "proceso adictivo". Plantea que muchas dificultades psicológicas y comportamentales (dependencia química, adicciones sexuales, comer compulsivo, codependencia, desórdenes de personalidad, etc.) son manifestaciones de este proceso (Schaef, 1986; cit. por Fausel, 1988).

En 1989, Finnegan & McNally plantean la existencia de codependencia en homosexuales. Definen la codependencia como:

> "Desorden de la relación del sí mismo consigo mismo y con los otros. La negación del sí mismo para sentirse conectado con los otros, está a la base de la codependencia" (Finnegan & McNally, 1989).

Estos autores se basan en los planteamientos de Schaef y concluyen que las enseñanzas homofóbicas de la sociedad hacen vulnerables a la codependencia a los homosexuales; se les enseña que su verdadero sí mismo no es socialmente aceptable y que debe mantenerse oculto (Finnegan & McNally, 1989).

Haaken (1990) y Angel (1992) plantean que la codependencia surgiría en hijos de familias disfuncionales:

> "La codependencia surge de un set aprendido de comportamientos exhibidos por niños criados en familias disfuncionales... La codependencia es una enfermedad inducida por abuso infantil" (Angel, 1992).

Para Angel, el abuso infantil caería dentro de la categoría de familia disfuncional. Subby (1987) y Morgan (1990) también sugieren la presencia de codependencia en personas con antecedentes de abuso infantil.

> "La codependencia es un término diagnóstico que se usa para abarcar un amplio rango de fenómenos clínicos Generalmente se refiere a una identidad, particularmente común entre mujeres, basada en el cuidado y una excesiva responsabilidad por otros" (Haaken, 1990).

En cuanto a su génesis, la autora afirma que la codependencia se originaría en una tendencia particularmente común entre hijas de familias disfuncionales, a sobrecompensar inadecuaciones de los padres transformándose en padre y

desarrollando una sensibilidad excesiva a las necesidades de los otros" (Haaken, 1990).

Existe otro grupo de autores que, aunque no exponen una definición de codependencia, mencionan otros contextos que podrían dar lugar al desarrollo del trastorno.

Ya en 1981, Hollis, al igual que Smalley (1985), reconoce la presencia de codependencia en miembros familiares de comedores compulsivos. Hollis describe la naturaleza de la codependencia en relaciones con comedores compulsivos identificando el mismo tipo de facilitación que se observa en familiares de dependientes químicos, la focalización de la atención en el paciente índice y los mismos efectos emocionales y psicológicos en los miembros de la familia (Prest & Storm, 1988).

En 1988, Fausel reconoce la existencia de codependencia en profesionales de la salud, tales como terapeutas, enfermeras, trabajadores sociales, etc. ("helping professionals"). Basado en sus observaciones clínicas, afirma que muchos de estos profesionales son codependientes no tratados. Recoge afirmaciones de Ackerman (1961) y Zuk & Rubenstein (1965), quienes plantean que el rol de facilitador o "sanador de la familia" es aprendido en la familia de origen y después llevado a nuestra vida profesional.

Las definiciones revisadas ponen en evidencia la falta de acuerdo que ha existido con respecto a la naturaleza de la codependencia y con respecto a su campo de aplicación. Desde su origen, ligado específicamente a los familiares del alcohólico,

se ha extendido a otros campos muy diversos, llegando incluso a plantearse que se trata de una enfermedad sufrida por la sociedad entera. En un punto posterior de la Memoria se discutirán los diferentes elementos de interés que surgen a partir de la revisión de las presentes definiciones.

2.2.- CARACTERISTICAS DE LA CODEPENDENCIA

Muchos de los autores que han escrito acerca de la codependencia, elaboran extensos listados de conductas que caracterizan al codependiente. Algunas de estas características son mencionadas recurrentemente por varios autores y, por consiguiente, parecen más significativas que otras que son señaladas sólo por unos pocos. También cobran mayor significancia aquéllas que han sido elegidas por los autores para conformar sus definiciones de codependencia.

Con el objetivo de facilitar la comprensión de aquellas conductas que son propias del codependiente, se ha decidido agrupar las características en categorías descriptivas y presentarlas en un orden de acuerdo con la frecuencia en que son mencionadas en la literatura por los diferentes autores. Las características principales van acompañadas de una breve explicación; las secundarias se presentan listadas en un cuadro con los autores que se refieren a ellas. Ciertas características secundarias parecen traslaparse entre ellas y con algunas de las principales. Este problema, junto con otros que puedan surgir a partir de la información aquí presentada, serán retomados en una

instancia de análisis y discusión, en un punto posterior de la Memoria.

Las características que se presentan a continuación han sido acuñadas por diversos autores entre los años 1984 y 1992. Entre las más recurrentes figuran:

a) Dificultad en la identificación, expresión y manejo de sentimientos

b) Hiperresponsabilidad

c) Factores de control

d) Problemas en la formación, mantención y separación en relaciones cercanas o íntimas

e) Problemas de identidad

f) Negación como mecanismo de defensa

g) Negación de sí mismo

- Dificultad en la Identificación, Expresión, y Manejo de sentimientos

Esta característica es la que aparece señalada con mayor frecuencia en la literatura de la codependencia. Sin embargo, no todos los autores la mencionan de igual modo. Existen diferentes énfasis y matices en los planteamientos acerca de lo que le ocurre al codependiente en relación a sus sentimientos.

La mayoría de los autores coinciden en señalar al codependiente como un experto en la represión de sus sentimientos (Angel, 1992; Herrick, 1992; Hall & Wray, 1989). Schaef considera que el codependiente sufre de una falta de contacto con

sus propios sentimientos (Schaef; cit. por Finnegan & McNally, 1989). Wright & Wright (1990), por su parte, se refieren a los sentimientos del codependiente como "sentimientos congelados".

Cermak, por ejemplo, sostiene que en el codependiente coexiste una constricción de emociones con bruscos estallidos dramáticos de sentimientos que han sido reprimidos por largos períodos de tiempo. Ante el menor incidente, estas emociones afloran con una intensidad inapropiada a la situación (Cermak, 1986).

Los codependientes frecuentemente consideran a las emociones como enemigos y creen que no deben permitir que ellas afecten su comportamiento o relaciones. Las emociones que más intentan restringir son las normalmente consideradas inmaduras, peligrosas, desagradables o simplemente "malas": rabia, temor, tristeza, enojo, verguenza, amargura, soledad, etc. (Cermak, 1986).

Mendenhall, por su parte, plantea que los codependientes aprenden a evitar los sentimientos disociándolos de sus pensamientos y experiencias (Mendenhall, 1989).

Martin sostiene que el codependiente suprime sentimientos como la rabia y el enojo y evita comportarse asertivamente con el objetivo de complacer a los demás (Martin, 1989).

Por otra parte, Whitfield enfatiza que la invalidación y represión de los sentimientos del codependiente, hace que éste aumente su tolerancia y adormecimiento frente al dolor emocional

(Whitfield, 1989).

Beattie presenta algunos relatos de experiencias de codependientes que ilustran la vivencia de esta característica:

> "...No tenía sentimientos de los que me diera cuenta. Me enorgullecía de mi habilidad para soportar sufrimiento innecesario."
>
> "...y yo estaba fuera de contacto con lo que estaba sintiendo...No sabía que estaba bien tener sentimientos...Aprendí que ninguna situación merecía que fuera indulgente con los sentimientos. Los sentimientos eran una pérdida de tiempo, una niñería, una demostración innecesaria de debilidad humana."
>
> (Beattie, 1987).

En su definición de codependencia, Subby se refiere a la falta de expresión abierta de los sentimientos que caracteriza al codependiente, como resultado de su exposición a reglas opresivas que impiden su manifestación (Subby; cit. por Whitfield, 1989).

- Hiperresponsabilidad

El codependiente se caracteriza por ser una persona hiperresponsable (Herrick, 1992; Mendenhall, 1989; Whitfield, 1989). Siente que todo lo que ocurre depende de él: "Si yo no me hago cargo de hacer las cosas, simplemente no se hacen" (Wegscheider Cruse; cit. por Oberg, 1991).

Wright & Wright lo definen como "el grado en que el sujeto

se considera a sí mismo como la influencia primordial en determinar el comportamiento, las decisiones y el nivel de felicidad y bienestar" (Wright & Wright, 1990).

El codependiente se siente responsable por los sentimientos y comportamientos de los demás (Angel, 1992; Subby; cit. por Martin, 1989; Hall & Wray, 1989). Cree que todo lo que pasa con el otro significativo es producto de lo que él hace (Schaef; cit. por Fausel, 1988). Asume la responsabilidad por la satisfacción de las necesidades de otros llegando a desconocer las propias. Cermak plantea que, a la base de esta conducta, se encuentra un fuerte temor a ser abandonado y que, gradualmente, el codependiente va perdiendo la capacidad de distinguir sus necesidades de las ajenas (Cermak, 1986).

Beattie ilustra esta característica a través de su propio testimonio como codependiente:

> "Si alguien necesitaba algo, yo consideraba que eso requería mi responsabilidad personal y privada, incluso si yo estaba sólo adivinando lo que él o ella podía necesitar...Si alguien tenía un problema, era mi responsabilidad resolverlo..." (Beattie, 1987).

- Factores de Control

En este punto, algunos autores plantean que el codependiente experimenta una sensación de falta de control que intenta compensar controlando el comportamiento y vida de los otros significativos (Mendenhall, 1989; Beattie, 1987).

Beattie considera a este factor de control como el rasgo que define al codependiente: "es quien ha dejado que el comportamiento de otra persona le afecte y que está obsesionado con controlar el comportamiento de esa otra persona" (Beattie; cit. por Le Poire, 1992). La autora presenta algunos testimonios de codependientes en donde se manifiestan los problemas que experimenta el codependiente en torno al control:

> " Creía que estaba en completo control de mí misma y de los demás. Pensaba que no había ninguna circunstancia demasiado arrolladora, ningún sentimiento tan terrible como para no poder manejarlo con fuerza de voluntad. Creía que se esperaba de mí que estuviera en control. Era mi trabajo."
>
> "Alguien que me importaba mucho era alcohólico y no podía parar. Yo había hecho todo lo que podía para que él parara, pero nada funcionaba. Tampoco yo era capaz de detenerme en mis esfuerzos por controlar su ingesta. Le mostraría cómo se sentía querer a alguien que usaba químicos. Le haría parecer que yo había vuelto a usar drogas. Eso llamaría su atención. Eso le mostraría a él cuánto me hería. Entonces él se detendría".
>
> "...mis necesidades insatisfechas me controlaban,me manejaban,....Vivía en el temor y mi respuesta a ese temor era intentar controlar a todos y todo lo que me rodeaba."
>
> (Beattie, 1987)

Wright & Wright plantean que el codependiente experimenta una fuerte necesidad de estar en control y lo define como: "el grado en el cual el sujeto intenta mantener la influencia sobre

el dependiente químico u otra persona significativa" (Wright & Wright, 1990).

Whitfield ilustra esta característica en frases como: "Mi atención mental está focalizada en complacerte, protegerte y manipularte para que hagas las cosas a mi modo"..."Tu comportamiento está dictado por mis deseos" (Whitfield, 1989).

Existe otro grupo de autores que sostiene que el codependiente tiene un locus de control externo; la persona codependiente sitúa los intereses de los otros antes que los propios y diseña su vida alrededor de las metas de los demás (O'Brien & Gaborit, 1992). Se focalizan en personas y cosas fuera de sí mismos para su propia validación como personas (Smalley, 1987). Schaef concuerda con esta afirmación planteando que el codependiente intenta controlar cómo los otros lo perciben y se sienten con respecto a él, porque cumpliendo con las expectativas de los demás podrá ser aceptado (Schaef; cit. por Finnegan & McNally, 1989).

- Problemas en la Formación, Mantención y Seperación en Relaciones Cercanas o Intimas

Entre otros autores, Hall & Wray y Subby, coinciden en señalar que las personas codependientes experimentan dificultades en sus relaciones de cercanía o intimidad (Subby; cit. por Martin, 1989; Hall & Wray, 1989). Estas dificultades se deberían a una inhabilidad para establecer límites entre sí mismo y el otro y a una inhabilidad para tolerar la separación (Cermak,

1986; Arnold, 1990; Wright & Wright, 1990).

O'Brien & Gaborit plantean que el codependiente busca proteger la relación incluso si ello significa violar sus propios valores, necesidades o deseos (O'Brien & Gaborit, 1992).

Schaef coincide con los autores mencionados al sostener que los codependientes tienden a mantener sus relaciones, no importando lo deterioradas que estén, porque éstas le dan sentido a su existencia y, al menos, le permiten crearse la ilusión de protección contra sentimientos de soledad y abandono. Continúa planteando que estas relaciones se caracterizan por una dependencia intensa y una marcada falta de límites entre ellos; los codependientes tienden a adoptar los sentimientos y pensamientos de los otros (Schaef,1986; cit. por Finnegan & McNally, 1989).

En su propio testimonio, Beattie relata:

"...Mi habilidad para separarme de los otros -para separar mis asuntos, mis negocios, mis responsabilidades de los del resto- era inexistente. Me mezclaba con el resto del mundo como una ameba..." (Beattie, 1987).

- Problemas de Identidad

Diversos autores hablan de alteraciones de identidad en el codependiente. Algunos sólo hacen mención de esta característica (Subby; cit. por Martin, 1989; Hall & Wray, 1989; Potter-Efron &

Potter-Efron, 1989). Otros señalan que se trata de una falta de identidad personal (Smalley, 1987; Myer et al., 1991).

Cermak sostiene que la identidad del codependiente depende absolutamente de su otro significativo. Su valor propio se eleva o disminuye con el éxito o fracaso del otro. Es como si el otro se transformase en un barómetro que le señala cómo se debe sentir y comportar (Cermak, 1986).

O'Brien & Gaborit respaldan el planteamiento de Cermak al afirmar que el sentido de identidad del codependiente depende más de con quién está que de quién es. Se refieren a esta característica como a una "falta de autonomía" de la identidad del codependiente (O'Brien & Gaborit, 1992).

> Beattie ilustra esta característica con su testimonio: "Como muchos otros han dicho acerca de sí mismos, yo no era yo. Yo era lo que los otros querían que fuera..." (Beattie, 1987).

- Negación como Mecanismo de Defensa

Diversos autores sostienen que el codependiente es un experto en el uso de la negación como mecanismo de defensa frente a la situación que debe enfrentar a diario (Angel, 1992; Herrick, 1992; Whitfield, 1989; Wright & Wright, 1990; Hall & Wray, 1989).

Potter-Efron & Potter-Efron plantean que la negación como mecanismo de defensa se manifiesta en actitudes tales como la

constante minimización de la severidad del problema, el uso de justificaciones que protegen al dependiente químico de consecuencias negativas y en el no admitir el dolor familiar que conlleva la situación (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989).

El codependiente se resiste a admitir hechos y sentimientos incómodos, agrega Cermak, como por ejemplo, que la relación con el resto no está funcionando o que la ingesta de alcohol del otro no es normal (Cermak, 1986).

- Negación de Sí Mismo

Schaef plantea que los codependientes se preocupan tanto de llenar las expectativas de otros, que pierden contacto consigo mismos. "Están tan entrenados en ver los puntos de vista de los demás que siempre los ponen por encima de los propios... Creen que cuando entienden cómo siente el otro, no tienen derecho a tener sentimientos propios. Para ser aceptados, niegan su propia experiencia" (Schaef, 1986; cit. por Finnegan & McNally, 1989).

Whitfield coincide con Schaef al sostener que el codependiente se posterga a sí mismo para darle el gusto a los demás (Whitfield, 1989). Arnold agrega que los codependientes aprenden a considerar sus propios sentimientos y percepciones como sin importancia (Arnold, 1990).

Cermak, por su parte, considera que el rasgo central de la codependencia es la negación de sí mismo para sentirse conectado con los otros (Cermak, 1986).

Otros autores, como Smalley (1987) y Finnegan & McNally (1989), sólo mencionan la negación de sí mismo como una de las características centrales del codependiente.

A continuación, se adjuntan tres cuadros resumen con otro grupo de características que han sido señaladas con menor frecuencia (dos a cinco veces) en la literatura de la codependencia. En el cuadro I se presentan las características secundarias que han sido nombradas por cuatro a cinco autores; en el cuadro II las mencionadas por tres autores; y por último, las mencionadas por dos autores en el cuadro III. Se señalan las características y, en el cuadro, se indican los autores[1] que se han referido a ellas.

---

[1] Referencia de autores mencionados en los cuadros: Angel, 1992; Smalley, 1987; Herrick, 1992; Mendenhall, 1989; Potter-Efron, & Potter-Efron, 1989; Finnegan & McNally, 1989; Whitfield, 1984; O'Brien & Gaborit, 1992; Cermak, 1986; Subby; cit. por Martin, 1989; Wegscheider-Cruse; cit. por Oberg, 1991; Prest & Storm, 1988; Hall & Wray, 1989; Schaef; cit. por Finnegan & McNally, 1989; Schaef; cit. por Fausel, 1988; Wright & Wright, 1990.

CUADRO I Características Secundarias

	CARACTERISTICAS						
AUTORES	Dep. Exag.	Baja Autoest.	Necs. Aprob.	Sents. Impot.	Sents. Culpa	Rol de Cuidad.	Rigid. Relac.
Angel	*	*					
Smalley	*						
Herrick	*	*				*	
Menden-hall							*
Potter-Efron					*		*
Whitfield				*	*		
O'Brien & Gaborit						*	
Cermak		*					
Subby			*	*			*
Wegscheider-Cruse	*			*	*		
Hall & Wray			*	*		*	
Schaef	*		*		*	*	*
Wright & Wright		*	*				

Las características contenidas en el cuadro I son: Dependencia exagerada; baja autoestima; necesidad de aprobación; sentimientos de impotencia, y de culpabilidad; Rol de cuidador; rigidez en los patrones de relación.

CUADRO II Características Secundarias

	CARACTERISTICAS				
AUTORES	Perfeccion.	E.Fis. Asoc.	Vidas Car.Exts.	Hab.Def. Comun.	Dific. Decis.
Angel			*		
Smalley			*		
Herrick	*				
Menden-hall			*		
Finnegan & McNally		*			
Subby	*				*
O'Brien & Gaborit				*	
Schaef		*			
Prest & Storm				*	*
Hall & Wray	*	*		*	*

Las características contenidas en el cuadro II, son las siguientes: perfeccionismo; enfermedades físicas asociadas; vidas caracterizadas por extremos; habilidades deficitarias de comunicación; y dificultad para tomar decisiones.

CUADRO III Características Secundarias

	CARACTERISTICAS				
AUTORES	Condts.de autosacrif.	Pseudo-Fragilid.	Compul-siones	Abuso de Susts.	Hipo-condría
Angel			*		
Whitfield		*		*	*
Cermak			*	*	
Wegschei-der Cruse		*			*
Schaef	*				
Wright & Wright	*				

Las características contenidas en el cuadro III, son las siguientes: conductas de autosacrificio; pseudo-fragilidad; Compulsiones; abuso de sustancias; e hipocondría.

2.3.- GENESIS DE LA CODEPENDENCIA

A continuación, se presenta un cuadro ilustrativo de las etapas que se van sucediendo en la instalación de la codependencia en los familiares de dependientes químicos. Para este efecto, se retoman algunas de las características mencionadas en el punto anterior y se integran siguiendo un orden determinado por las mencionadas etapas.

En una primera parte, basado en el análisis de Whitfield, se describe de un modo general la forma en que se van gestando las conductas propias de la codependencia (Whitfield, 1984, 1989). En una segunda parte, se recogen algunos análisis de Mendenhall al respecto, quien plantea que la gestación de la codependencia presenta algunas variaciones dependiendo de si el afectado es un niño o un adulto joven (Mendenhall, 1989).

- <u>Descripción de las etapas involucradas en al Gestación de la Codependencia</u>

Tal como se ha mencionado anteriormente, a medida que la dependencia química continúa su progresión en uno de los miembros de una 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 dependiente químico como normales ("todos necesitamos evadirnos un poco de vez en cuando") o como resultado de otros problemas ("no es alcohólico, su

comportamiento es producto del estrés de su trabajo, por lo que tiene que tomarse un trago para calmarse"). Paulatinamente, el codependiente comienza a quitarle valor a sus propias observaciones y reacciones, negando de este modo la existencia de un problema.

Habitualmente, el dependiente químico proyecta su sufrimiento en los demás; acusa y culpa de su conducta al codependiente, especialmente cuando está bajo los efectos del alcohol o drogas. El codependiente, a su vez, comienza a sentirse herido, avergonzado, inadecuado, culpable, etc. A pesar de esto, el codependiente reprime sus sentimientos en sus intentos por remediar la situación, a través del control de la ingesta y del comportamiento inadecuado del dependiente químico.

La necesidad de control que experimenta el codependiente, le exige focalizar su atención en el dependiente químico a tal punto, que comienza a perder contacto consigo mismo: desatiende sus propias necesidades y pierde control sobre su propia vida. Toda su persona comienza a girar en torno al dependiente químico. Incapaz de dar salida a sus sentimientos e incapaz de hallar una solución a la situación, el codependiente a menudo desarrolla enfermedades psicológicas, físicas, o conductas desadaptativas.

- Génesis de la Codependencia en el infante y en el Adulto Joven.

Dependiendo de la edad de la persona afectada, la génesis de la codependencia varía en algunos aspectos.

Si la adaptación disfuncional que implica la codependencia comienza en la niñez, el problema central que surge, es que el niño adopta la creencia de que él es el responsable de no encontrar respuesta a la satisfacción de sus necesidades. Al vivir el niño en un mundo egocéntrico, piensa que debe haber algo equivocado en su comportamiento porque, de otro modo, recibiría el trato que requiere de sus padres en términos de respuesta a sus necesidades. El niño comienza a negar y reprimir el dolor que le causa el ver constantemente frustrada la satisfacción de éstas.

Ya alrededor de los tres años de edad, se gesta en el niño el sentimiento de que si no cuida a su padre o madre, él o ella pueden irse o incluso morir. Al respecto, Beattie ilustra el testimonio de una mujer codependiente:

> "Cuando estaba en enseñanza media, mi madre empezó con el hábito de intentar matarse...Intentaba asfixiarse con el gas del horno. Yo me aterrorizaba por ella. La llamaba todos los días desde el colegio, entre clases. Cuando no respondía al teléfono, sabía que lo estaba haciendo de nuevo. Corría a la casa, apagaba el horno, ventilaba la casa, acostaba a mi madre y corría de vuelta al colegio. A temprana edad aprendí que tenía un enorme poder sobre la gente. Aprendí que tenía poder sobre la vida o muerte de mi madre." (Beattie, 1987).

Volviendo al niño, el mensaje que él recibe es que debe crecer para mantener funcionando a su padre o madre. En sus esfuerzos por cuidarlos, el niño pasa a ser dominado por sus

pensamientos a expensas del desarrollo de sus propios sentimientos. El niño renuncia a sus necesidades y autonomía por lo importante que son sus padres para su supervivencia. De este modo, crecer se transforma en un aprender a no tener necesidades y a erigir una muralla entre los dominios del pensamiento y del sentimiento. El mensaje resultante termina siendo "es inseguro que seas tú mismo".

La génesis de la codependencia es bastante diferente para el adulto joven que se ve envuelto en un matrimonio con un dependiente químico, ya que por lo menos ha desarrollado su autonomía y ha podido conectar sus pensamientos con sus sentimientos. En el adulto joven, la codependencia comienza como un acto de amor.

Al principio, el cónyuge de a poco empieza a darse cuenta que necesita aceptar el patrón de ingesta del dependiente químico como normal y responder a él con naturalidad usando métodos de resolución de problemas culturalmente aceptables. El codependiente actúa para reducir el sufrimiento de su pareja, para disminuir las crisis posponiendo su reacción y comienza a proteger de la situación a los otros miembros de la familia. El cuidado del codependiente impide que el dependiente químico aprenda de las consecuencias de su conducta al no permitirle tomar conciencia de los problemas que está generando a su alrededor.

Por su parte, el codependiente se sorprende del fracaso de sus esfuerzos por aliviar el problema y, frente a esto, intenta desesperadamente ayudar, proteger y apoyar aún más. Lo que el

codependiente siente, está siendo constantemente negado por su pareja; en consecuencia, el codependiente responde separando su mundo en dos; en un mundo privado, donde se hallan encerrados sus sentimientos y, en un mundo público, que se caracteriza por comportamientos desligados de su mundo privado. De este modo, y al igual que el niño, el codependiente adulto aprende que su comportamiento no puede basarse en sus sentimientos sino en el comportamiento que los otros esperan de él.

2.4.- CODEPENDENCIA EN EL CONTEXTO FAMILIAR

El concepto de codependencia es usado por los autores para referirse tanto a una enfermedad familiar, como a una condición que puede ser identificada en sólo un miembro de la familia. En este punto se expondrá sobre este constructo en su contexto familiar.

Mendenhall afirma que, "cualquiera que aprende a ajustarse al ambiente que se da en un sistema familiar adicto debe adoptar un comportamiento desadaptativo para poder sobrevivir" (Mendenhall, 1989). La resultante es que la familia se vuelve funcional al proceso disfuncional que conlleva la dependencia química.

En la familia se van desarrollando dinámicas resultantes del estrés de una vida irracional, inconsistente e impredecible con el dependiente. Muldry plantea que en el alcoholismo, las variables más estresantes para la familia son los "black outs"

(episodios donde la persona no recuerda lo ocurrido durante la ingesta y actúa automáticamente), y la pérdida de autocontrol del alcohólico, lo que genera sensación de caos y miedo. A medida que cada miembro se va adaptando a situaciones estresantes como los anteriores para poder sobrevivir, el sistema familiar progresivamente se va enfermando y el ambiente familiar, a su vez, va induciendo cambios emocionales en todos los integrantes de la familia (Muldry, 1987).

Whitfield describe la situación familiar en torno al alcohol. Este afirma que con el progreso de la enfermedad en el dependiente químico, los otros miembros comienzan a reprimir sus sentimientos y a reaccionar, cada vez más, con un comportamiento de supervivencia. "Cada miembro construye una muralla de defensas conductuales para tapar el doloroso resultado de los sentimientos reprimidos. Estas defensas siguen un patrón común, comenzando por el alcohólico y el "jefe facilitador", que a menudo es la mujer, un padre, o un niño" (Whitfield, 1984).

Como se expuso en el punto anterior (Génesis de la codependencia), en un comienzo, el codependiente puede considerar las conductas inapropiadas del dependiente químico como normales o como resultado de otros problemas. A medida que el dependiente va proyectando su sufrimiento en los otros, las personas más cercanas comienzan a sentirse heridas, avergonzadas, inseguras y culpables. Estos intentan remediar la situación vía el control del consumo y del comportamiento negativo del dependiente químico.

Mendenhall plantea que la organización de la familia que se

vuelve funcional al proceso disfuncional que conlleva la dependencia química, es mantenida por adherencia estricta a reglas que caracterizan a las familias disfuncionales.

2.4.1.- Características y Reglas de Funcionamiento de Familias Codependientes

Whitfield plantea que las características de una familia disfuncional -como lo es la familia codependiente-, serían:

"- uno o más adultos necesitan más tiempo y atención que otros

- las creencias y tradiciones de la familia son más importantes que las necesidades individuales

- un miembro se transforma en el punto focal de la familia y todos los otros miembros deben sacrificar sus necesidades para cuidar o apoyar al dependiente

- a los niños se les pide que asuman responsabilidades adultas y se les impide actuar como niños

- no se discute abiertamente lo que ocurre en la familia

- a los niños se les enseña a postergar sus necesidades para cuidar a otros

- la estructura de la familia disfuncional es rígida e inflexible; su estructura se mantiene sin importar la situación."

(Whitfield, 1984)

Las reglas que subyacen al comportamiento descrito giran en torno al control, al perfeccionismo, a la culpa, al no hablar y a la desconfianza. En estas familias se ejerce un control absoluto

en todo los ámbitos: interaccional, sentimental y conductual. En cuanto al perfeccionismo, el hacer las cosas bien se hace sinónimo con el sentirse bien. A su vez, son familias particularmente culpógenas, en las cuales, cuando las cosas no resultan como se ha deseado, sus miembros se culpan a sí mismos y a veces culpan a los otros. La regla de no hablar hace que los eventos significativos no puedan ser conversados por resultar amenazantes, por lo que no se permite discusiones abiertas de sentimientos, necesidades, etc. La última regla se basa en la desconfianza; los hijos de estas familias no logran desarrollar una confianza básica sino, muy por el contrario, "aprenden que no pueden depender de sus padres para soporte emocional". Esta desconfianza suele continuar en la edad adulta, y es una variable de importante interferencia en el posibilitar el establecimiento de relaciones personales o laborales cercanas (Whitfield, 1984).

Muldry acota que, independientemente de las circunstancias causantes, la resultante es un sistema familiar patológico que adhiere en forma rígida a las " reglas clásicas de mantención de un sistema familiar enfermo: no hables, no sientas, no confíes, no pierdas el control y no busques ayuda fuera de la familia".(Muldry, 1987). Por último, la condición transgeneracional de estas reglas es mencionada por Mendenhall, quien plantea que "las creencias y reglas familiares irracionales, una vez desarrolladas en respuesta al comportamiento adictivo, persisten a través de multigeneraciones y pueden desarrollarse en una condición que tenga poco o nada que ver con la adicción" (Mendenhall, 1989).

2.4.2.- Roles en Familias Codependientes

Los roles que se desarrollan en las familias dependientes químicas son exageraciones de roles familiares normales. Estos son asumidos en un grado patológicamente rígido y luego son retenidos compulsivamente cuando ya no son funcionales. Al igual que las reglas familiares, estos roles también son transgeneracionales (Muldry, 1987).

Cuando el dependiente químico es uno de los miembros de la pareja parental, los autores distinguen el rol de facilitador principal que usualmente lo asume el adulto, y los roles de héroe, rebelde o chivo expiatorio, niño perdido y payaso o mascota, para cada uno de los hijos. Estos roles se distribuyen de acuerdo al orden de nacimiento. Si el dependiente químico es uno de los hijos, se van a cubrir la totalidad de los roles, anteriormente mencionados, pero su distribución ya no dependerá del orden de nacimiento sino que podrá tomar diversas formas (Muldry, 1987).

- Rol de Facilitador Principal

Hay autores que plantean que en las familias con un dependiente químico, suele haber una persona - aunque pueden ser más - que se destaca por facilitar el uso de la droga. A éste se le ha llamado el "facilitador principal".

El concepto de facilitador se refiere a la conducta típica de los familiares de dependientes químicos (usualmente el cónyuge

o padres), de apoyar e incluso de promover inadvertidamente el comportamiento que están tratando de controlar (detener el consumo de drogas del dependiente químico). Los intentos por restaurar el control tienen el efecto de impedir al dependiente químico el experimentar las consecuencias inconfortables de su propio comportamiento (Haaken, 1990; Muldry, 1987; Muñoz, 1987; Whitfield, 1984).

El facilitador principal suele asumir la responsabilidad que debería recaer en el dependiente químico, lo que hace que la conducta autodestructiva del dependiente químico se prolongue más tiempo de lo que se mantendría si no tuviera el apoyo inconsciente del facilitador. Las frecuentes excusas y justificaciones que presenta el facilitador en relación a las continuas inasistencias al trabajo por parte del dependiente químico, son un buen ejemplo de lo anterior. El facilitador mediante su apoyo evita al máximo el que el dependiente tenga que asumir las consecuencias adversas de un mal desempeño laboral.

La explicación que Muldry da a la conducta de rescate que el facilitador principal presenta en relación al dependiente químico, es que el facilitador hace sinónimo ser necesitado con ser amado. Debido a la necesidad que el dependiente tiene de él, el facilitador vive en la idea de tener control y poder sobre el dependiente químico, idea que es una ilusión en la medida que la continuación (o la detención) de la dependencia no radica en acción alguna que él pueda hacer. Muldry acota que esta ilusión (de control y poder) le da al facilitador una "coartada" para no contactarse con los intensos sentimientos de impotencia que experimenta, ni con la rabia que esto conlleva (Muldry, 1987).

Es necesario aclarar que el facilitador no apoya explícita o abiertamente la conducta de consumo; por el contrario, éste suele confrontar al dependiente químico (sobre todo en un primer período), pero obtiene un respuesta paradojal (un aumento de la conducta problema). Entre otras cosas, Muñoz plantea que contribuye a esta respuesta, el que la confrontación sea hecha generalmente en momentos de pelea y de manera hostil, y el que sean peticiones a corto plazo o parciales ("por qué no disminuyes un poco la bebida por un tiempo"), que no apuntan al problema de raíz, como sería por ejemplo, el buscar ayuda profesional. Muñoz sostiene que habitualmente los intentos de controlar el consumo de droga del dependiente no resultan y lo único que producen es generar una reacción defensiva que aumenta su conducta (Muñoz, 1987).

Finalmente, Whitfield (1989) hace referencia a los mecanismos de defensa que acompañan la facilitación. Este plantea que son los mismos mecanismos de defensa del dependiente químico, como son la negación, la represión, la racionalización, la proyección, el splitting y la grandiosidad, entre otros.

- Roles en Hijos de Familias Codependientes

La situación de los hijos es de marcada intensidad. Muldry explica lo anterior haciendo referencia a que, si bien todos los miembros de la familia se encuentran atrapados, el entrampe del adulto es emocional mientras que el de los niños es uno concreto de supervivencia (Muldry, 1987).

La mayoría de los autores plantean que los roles son predecibles según el orden de nacimiento. Respecto a esto, Muñoz tiene una postura algo distinta; él afirma que el modelo al cual se adaptan los hijos de dependientes químicos no depende tanto del orden de nacimiento, talento o disposiciones especiales sino más bien de variables como el estrés familiar, el divorcio, muerte en la familia, entre otros. También agrega que dichos roles dependen también del número de hijos que compongan una familia. En una familia pequeña, el hijo puede alternar roles o asumir más de un mismo rol. Además acota que, con el tiempo, estos niños pueden ir cambiando roles, especialmente cuando uno de ellos abandona la casa o comienza un tratamiento psicoterapéutico (Muñoz, 1987).

- Descripción de roles de los hijos

Los roles descritos por los diferentes autores son los mismos: el rol del héroe familiar, del chivo expiatorio o rebelde, del niño perdido y del payaso o mascota.

a.- Héroe Familiar

El héroe familiar generalmente es el hijo mayor. Suelen ser hiperresponsables, con un estilo de vida marcado por una extrema focalización en la obtención de logros y éxitos, lo que hace que la familia se centre en él, desviando la atención de la situación familiar.

Herrick plantea que son quienes generalmente se transforman

en el "cuidador" (Herrick, 1992).

Muñoz asevera que las conductas defensivas del héroe familiar se basarían en tener éxito, ser superresponsable, ser una persona especial, desarrollar una vida independiente de la familia, no tener problemas y, como se dijo anteriormente, trabajar duro para obtener aprobación. El autor afirma que tras estas conductas defensivas los verdaderos sentimientos serían soledad, pena, confusión, ira y sentimientos de imperfección (Muñoz, 1987).

Este rol es excesivamente demandante para un niño, lo que lo lleva en un futuro a ser candidato para volverse el facilitador principal y tener gran cantidad de problemas emocionales y físicos relacionados con el estrés. Por último, tanto Herrick como Muldry afirman que existe alto riesgo de que estos niños se transformen en adultos trabajólicos (Herrick, 1992; Muldry 1987).

b.- Chivo Expiatorio o Rebelde

Habitualmente este rol es asumido por el segundo hijo de la familia. Este actúa la rabia por el resto de la familia, para atraer la atención familiar y alejarla del padre adicto. A diferencia del héroe, el rebelde gana la atención siendo "el malo". Suele ser hiperactivo y/o presentar conducta antisocial. Es frecuente que, motivados por los problemas que él genera, la familia se decida a buscar ayuda profesional.

Las conductas defensivas del rebelde son: el tener valor de

grupo, a veces retraimiento, posible embarazo no planificado, actitud desafiante, hosquedad, eventual uso de drogas, ser, en términos generales, un gran creador de problemas. Tras esto, según Muñoz, habría soledad, ira, miedo, pena y sentimientos de rechazo (Muñoz, 1987). Muldry también afirma que la dependencia química es común en estos niños (Muldry, 1987).

c.- El Niño Perdido

El niño perdido es generalmente el tercer hijo. Suele ser una exageración patológica del "niño bueno". Este se caracteriza por retraimiento y sobre acomodación escondiendo básicamente soledad, aislamiento y sentimientos de incomprensión.

Es un niño que tiene grandes problemas para confiar en otros seres humanos y por lo tanto, las relaciones interpersonales le resultan muy estresantes. A raíz de lo anterior, el niño perdido sólo logra configurar su mundo a partir de sus propios recursos internos, es así como la fantasía cobra una especial importancia en la estructuración de este mundo.

Las conductas defensivas que mostraría el tercer hijo serían: el retraimiento ya mencionado, distanciamiento de la familia y amigos, tendencia a engordar, aparente independencia y tranquilidad, actitud de rechazo. Muñoz concuerda con otros autores al plantear que lo que está oculto tras esa fachada son sentimientos de soledad, pena, imperfección e ira (Muñoz, 1987).

Muldry afirma que en el "niño perdido" es posible encontrar

desórdenes comportamentales o historia de abuso sexual. Muñoz lo muestra más bien como una "personalidad limítrofe" o "personalidad esquizoide" (Muldry, 1987; Muñoz, 1987).

d.- El Payaso o Mascota

El payaso acostumbra ser el cuarto hijo o el menor de la familia. El humor, la frivolidad o la trivialización son su herramienta fundamental para hacer difusas las tensiones familiares. El pone toda su energía en este aspecto por tener un gran miedo a la confrontación o a la expresión de rabia. Se caracteriza por su humor, por ser hiperactivo, frágil y hacer cualquier cosa por atraer la atención. Suele ser el "niño bonito" y payaso. Los verdaderos sentimientos tras esto son,inseguridad, miedo, confusión y soledad (Muldry, 1987; Muñoz, 1987).

Independiente del rol específico, los hijos de dependientes químicos no tienen un sentido de realidad alternativo, como tampoco una opción viable para arrancar de la trampa del sistema familiar enfermo. Woititz describe a estos niños como "sin piso" ("ungrounded") o carentes de sentido de sí mismos, se sienten extraños y diferentes; en términos generales, excesivamente responsables, pero en contraste, irresponsablemente incapaces de terminar tareas; son auto críticos, inseguros, extremadamente serios y faltos de alegría; son incapaces de lograr intimidad y, por último, tienen sobrerreacciones impulsivas (Woititz; cit. por Muldry 1987). Muldry plantea que "estos rasgos y roles resultan en alienación del sí mismo con una parálisis emocional secundaria" (Muldry, 1987).

2.5.- CODEPENDENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL GENERO

En la revisión de la literatura sobre la codependencia, se observa cierta tendencia a considerarla como un asunto que afectaría mayoritariamente al género femenino. Por este motivo, a continuación se presentará una breve reseña de las diversas posturas que se han planteado en relación al tema.

Ya en los antecedentes de la codependencia, se pueden encontrar los primeros elementos que apuntan hacia la mujer como la portadora de las conductas disfuncionales características de este trastorno. Es así como Price (1945) afirmaba que la mujer del alcohólico se caracterizaba por ser una mujer frustrada y dependiente, y que su hostilidad a menudo era la generadora de los episodios de ingesta del marido (Price; cit. por Gomberg, 1989).

Whitfield (1984) reconoce que la codependencia se presentaría con mayor frecuencia en las mujeres de hombres alcohólicos que en los maridos de mujeres alcohólicas. El sugiere que esto podría deberse a que, frente a la situación, el hombre tendería a adoptar una respuesta más agresiva que la mujer; con respecto a ésta, el hombre abandonaría a su pareja con mayor frecuencia y en un momento menos avanzado de la dependencia química (Whitfield, 1984).

Mendenhall (1989) critica severamente las investigaciones efectuadas hasta el momento con respecto a las parejas de alcohólicos. Afirma que, con muy pocas excepciones, todas las investigaciones en parejas de alcohólicos hasta la fecha, han

sido realizadas con mujeres y que ha habido errores estructurales en el diseño de las investigaciones y en la interpretación de los datos (Mendenhall, 1989).

El mismo autor cita como excepción un estudio realizado por Moos et al. (1982), quienes no hallaron diferencias de género en los resultados de su estudio. Estos indicaban que, tanto el hombre como la mujer, sufrían efectos estresantes al convivir con un alcohólico y que estos efectos disminuían cuando la pareja se esforzaba en controlar su excesiva ingesta (Moos et al.; cit. por Mendenhall, 1989). El estudio no consideraba entre sus objetivos específicos el buscar posibles diferencias de género; por este motivo, los autores sólo mencionan ese hallazgo sin entrar en un análisis de los resultados al respecto.

En 1990, Wright & Wright elaboran una "escala de codependencia" compuesta por ocho indicadores de codependencia. Estos autores encuentran diferencias en los puntajes entre hombres y mujeres; las mujeres obtienen un puntaje significativamente alto en cinco de los ocho indicadores, mientras que los hombres, sólo en dos.

Los indicadores que aparecen como altamente significativos de codependencia en las mujeres, son:
-"dependencia del valor": el valor de sí mismo depende de las respuestas del paciente índice.
-"control": grado en el cual el sujeto intenta mantener la influencia sobre el paciente índice.
-"exagerado sentido de responsabilidad": grado en que el sujeto se considera a sí mismo como la influencia primordial en

determinar el comportamiento, las decisiones y el nivel de felicidad y bienestar.
-"orientados por el rescate": grado en que la relación con el paciente índice es considerada como la influencia predominante para alejarlo del comportamiento destructivo.
-"orientados al cambio": grado en que la persona se considera una influencia para promover y sostener cambios de comportamiento, actitudes, etc.

Aquellos indicadores que aparecen altamente significativos de codependencia en los hombres son los de "control" y de "exagerado sentido de la responsabilidad". Los autores plantean que, considerando las características de estos dos indicadores, los resultados podrían deberse más a rasgos propios del rol socialmente esperado en el hombre, que a la presencia de codependencia en ellos.

Wright & Wright concluyen que las diferencias de género observadas apuntan a la codependencia como un asunto meramente femenino .

Hagan, desde una perspectiva feminista, plantea que la codependencia sería un eufemismo para la práctica de dominancia y subordinación, ya que sus características son un reflejo de la opresión internalizada propia de las relaciones íntimas. Agrega que la codependencia estaría presente en todas partes porque vivimos en una sociedad de dominancia que entrena a los oprimidos (en este caso, a la mujer) a estar subordinados, de tal forma que la dominancia continúe. Por lo tanto, según la autora, llamar a un fenómeno tan opresivo un desorden, constituiría otra

manifestación de opresión (Hagan, 1989; cit. por Morgan 1990).

Haaken (1990), también realiza un análisis de los supuestos de género implícitos en la literatura de la codependencia. La autora reconoce que el concepto de la codependencia tiene su origen en el campo de la dependencia química, pero lo analiza como parte de un fenómeno más amplio que tiene relación con la identidad de la mujer a lo largo de la historia.

Para la autora, el concepto de codependencia no posee validez diagnóstica, sino que refleja una materia propia del género femenino. Sin embargo, reconoce que constituye un constructo atractivo en la medida que provee un contenedor conceptual para una serie de enfermedades emocionales, presiones interpersonales y dependencias conflictivas. Considera que los conflictos de dependencia se han sobresimplificado en la literatura sobre el tema, y que se ha tendido a patologizar una identidad femenina basada en el cuidado y responsabilidad de otros.

Desde un punto de vista histórico, según Haaken, la codependencia describiría una enfermedad femenina, pero quizás más básicamente, la condición emocional del oprimido. Así es como en la literatura aparece el dolor, la angustia y el desvalimiento, junto con una responsabilidad abrumadora por los otros, que caracteriza la vida de muchas mujeres. La mayor parte de esta literatura trata de mujeres que intentan desesperadamente mantener a sus familias unidas y sus vidas funcionando bajo condiciones aparentemente imposibles.

Al entrar en el mundo laboral, la mujer ha adquirido nuevas responsabilidades y ha debido comenzar a responder a demandas adicionales a las que tradicionalmente le correspondía. De este modo, su vida se ha complejizado y, actualmente, antiguos ideales femeninos, como la maternidad, por ejemplo, son sentidos como egodistónicos por muchas de ellas. "En una sociedad que premia la competencia y la autosuficiencia narcisista, el legado del pasado femenino se siente disfuncional" (Haaken, 1990).

Al intentar responder a todas las demandas, la mujer se siente sobrepasada en sus posibilidades y encuentra un gran alivio en el concepto de la codependencia en la medida que éste le significa un reconocimiento a su problemática y, al mismo tiempo, una proposición de una posible salida a su situación a través de un volver a centrarse en sus propias necesidades.

En cuanto al problema específico de la codependencia y la dependencia química, la autora reconoce que, históricamente, ha sido la mujer quien ha jugado el rol de "facilitadora" en relación al marido alcohólico.

El problema de la facilitación también tendría relación con dilemas morales dentro de la familia, asociados con la posición de cuidadora de la mujer. Las mujeres tenderían, en mayor proporción que los hombres, a requerir una justificación moral cuando fallan en responder a las necesidades de otros (Chodorow, 1978; Gilligan, 1982; cit. por Haaken, 1990).

Haaken señala que, en el campo específico de la dependencia química, el constructo de la codependencia le entrega un mensaje

aliviador a la mujer: no responder a las demandas del marido alcohólico es un acto de más amor que sí hacerlo. De este modo, el subyacente ideal femenino de sensibilidad hacia los otros, se mantiene intacto por medio de un reencuadre de los asuntos morales (Haaken, 1990).

Se puede concluir, que gran parte de la literatura tiende a apoyar la consideración de la codependencia como un asunto que pertenecería principalmente al género femenino.

V.- DISCUSION

1.- POSTULADO PRINCIPAL

La mayor parte de la literatura citada en esta Memoria hace un análisis del concepto de codependencia desde una perspectiva médico-psicológica tradicional (lineal-causal). Esta, en general, describe la codependencia como un fenómeno familiar, entendiéndose como determinadas conductas que "facilitan" la continuación de un trastorno o enfermedad, especialmente la dependencia química. Desde esta visión, esta es una proposición novedosa para el abordaje de los trastornos en cuestión, en la medida en que contempla la inclusión de un lente interaccional.

Sin desestimar lo anterior, consideramos necesario hacer un alcance. Estos autores se refieren de igual forma a codependencia para representar el fenómeno familiar anteriormente mencionado, como para describir a una o más personas cuya identidad se configura a partir de las características específicas que definen este trastorno (que sería un fenómeno individual). Surge así un problema; el que se esté usando un mismo concepto para describir un fenómeno esencialmente interaccional y un fenómeno esencialmente individual. Es decir, en el primer caso (codependencia familiar) se está describiendo una red de interrelaciones entre todos los miembros de una familia, y en el segundo caso, se está refiriendo a una persona que, a partir de establecer una relación con ciertas características con un enfermo, internaliza este modo de proceder, convirtiéndose en su repertorio conductual básico para interactuar, consigo mismo, con el otro, con el mundo. Es un

trastorno que tiene su génesis en lo interaccional pero que se independiza del otro convirtiéndose en un trastorno permanente individual intrapsíquico. Se cree que lo anterior ha contribuido en gran parte a la confusión y falta de delimitación del concepto.

La no diferenciación del uso de este concepto puede llevar a pensar que la codependencia, como fenómeno familiar, implica que además de las conductas facilitadoras, cada uno de los miembros de la familia asumen aquellas características que definen a un codependiente. Desde nuestra perspectiva, este postulado no se cumple, ya que lo que se tiende a observar clínicamente, es que sólo uno o dos miembros de la familia asumen las características codependientes y los otros asumen distintos roles que, aunque siendo rígidos, no corresponden a la descripción atribuible a un codependiente.

Quizás una variable que ha facilitado la no diferenciación, es que el comportamiento codependiente en sí (de un miembro de la familia) se genera a partir de un funcionamiento familiar particular, para luego perpetuarse independientemente del sistema familiar en cuestión.

Estimamos que sería más pertinente que el concepto fuese usado para los codependientes en sí, y la dinámica relacional de la familia con un miembro enfermo describirla como conductas facilitadoras de la enfermedad o trastorno.

1.1.- ANALISIS DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA

La codependencia surge de la observación de interacciones entre mujeres y sus parejas alcohólicas, entre familias de miembros dependientes químicos, entre homosexuales y sus parejas, etc. Es decir, surge de la descripción de fenómenos interaccionales familiares (o de parejas), y no de fenómenos intrapsíquicos, biológicos o individuales.

Debido a lo anterior, consideramos que resulta más clarificador analizar la codependencia desde un abordaje sistémico, por ser éste el más propicio para dar cuenta de dichos fenómenos interaccionales.

Se hará una breve reseña del cambio fundamental que encierra el proseguir el análisis desde la Teoría General de Sistemas.

Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas surge en medio de un contexto epistemológico newtoniano que utiliza un paradigma reduccionista, donde el procedimiento analítico es central. Este paradigma (reduccionista) plantea que el análisis de una parte aislada permite predecir y explicar la conducta del todo. Tiende a la subdivisión cada vez mayor del todo y al estudio particular de esas subdivisiones. La relación que describe la conducta de las partes es lineal (causa-efecto), lo que da la condición de sumación o aditividad (la suma de las partes es igual al todo).

Con la Teoría General de Sistemas se habla por primera vez de la importancia de los sistemas y del manejo de conjuntos interconectados de elementos. Con la Teoría General de Sistemas se produce un cambio paradigmático y pasa de una causalidad lineal a una causalidad circular. Le interesa ver el todo y no las partes aisladas porque, desde este punto de vista, ningún elemento aislado dentro de un sistema actúa en forma independiente de su contexto. Esto significa que desde una visión circular, todas y cada una de las partes de un todo están en una constante co-determinación. Así, la descripción de las partes y de la relación que establecen entre sí nos permite conocer el todo. De este modo, la Teoría General de Sistemas pone el foco en el contexto y se centra en las interacciones (Kuntsmann et al., 1988).

Desde la Teoría General de Sistemas, cuando surge un síntoma o conducta sintomática (que eventualmente puede ser una enfermedad) existen dos posibilidades: el que la familia responda adaptativamente o que la familia responda ante el síntoma o enfermedad con rigidez. La respuesta adaptativa puede darse frente a dos situaciones, la primera es frente a un síntoma (i.e. enuresis, conducta disruptiva de un hijo, jaquecas nerviosas, etc.) donde la familia tenga suficientes recursos como para generar conductas alternativas y así lograr que el síntoma no se cronifique, con la posterior desaparición de éste; la segunda es frente a una enfermedad (dependencia química, anorexia, esquizofrenia, etc.) perdurable en el tiempo o crónica, en la cual la familia logre ajustarse, sin que esto perjudique o estanque el crecimiento ni el desarrollo de la familia como tal, ni de cada uno de sus miembros en específico. Como sostiene

Minuchin, "una familia se adapta al estrés de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones" (Minuchin, 1982). En la segunda posibilidad, en la cual la familia responde a la situación de estrés (sea ésta crónica o no) con rigidez, se manifestarían pautas disfuncionales de funcionamiento (Minuchin, 1982). Es así como surge la disfuncionalidad en la familia y el sistema se vuelve funcional al síntoma emergente.

Una familia disfuncional mantiene el síntoma. Framo (1981) postula que los síntomas son formados, mantenidos, modificados, eliminados, etc., como una función del contexto relacional en el cual están naturalmente insertos. Sluzki, a su vez, plantea que independientemente de cuál haya sido la causa u origen del síntoma o conflicto, éstos pueden persistir sólo si son mantenidos por pautas interaccionales actuales, por una matriz interpersonal compuesta por los comportamiento de todos los miembros del sistema (Sluzki, 1983).

Es así como el concepto de disfuncionalidad lleva en sí mismo la idea de mantención del síntoma, ya que la organización de la familia se configura a partir de la conducta problema. En este contexto entonces, sería redundante hablar de la presencia de "conductas facilitadoras" - como se hace en la descripción de codependencia familiar- por parte de los otros miembros de la familia.

Burr (1973).

Hill (1949) propone un modelo para analizar situaciones críticas, provocadas por separación y posterior reencuentro de familias a consecuencia de la guerra. Este se conoce como el modelo ABCX siendo:

A: el hecho en sí, y las penas vinculadas con éste.

B: los recursos para enfrentar la crisis que pone en juego la familia.

C: la definición que la familia hace del hecho.

X: A + B + C = crisis.

Burr (1973) amplía el modelo, desglosando los "recursos familiares" en "vulnerabilidad familiar" y en "poder regenerativo".

- Vulnerabilidad Familiar: disminución, ausencia o parálisis de los recursos utilizables por la familia para manejar la situación de tensión.

La definición que la familia hace de la gravedad de los cambios que la enfermedad trae consigo, influye directamente en la vulnerabilidad familiar. Para Burr el hecho tensionante (ej. enfermedad de uno de los cónyuges) con sus consecuencias relacionadas con él (disminución de ingresos económicos, etc.) y la vulnerabilidad familiar, son factores determinantes del "monto de la crisis" que experimenta el sistema familiar.

- Poder Regenerativo: se define como la capacidad de recuperarse de la desorganización producto del factor tensionante.

Lo interesante de esta conceptualización es que la tensión, y en especial la crisis, son entendidos, no como parte del hecho difícil en sí, sino como resultado de lo que cada familia defina al respecto, lo que le otorga su sentido; esto hace que la familia se configure alrededor de un nivel de tensión que surge desde la familia misma, y que la crisis se exprese mediante un estilo propio de esa familia en particular.

La capacidad regenerativa contempla los siguiente recursos aplicados: capacidad organizativa, adaptabilidad, cohesión y apertura interna. Apertura interna se entiende como la capacidad de cada miembro de permanecer "no reactivo" frente a las emociones vividas por los otros manteniéndose así un adecuado nivel de diferenciación, y, la capacidad de cada miembro de comunicar pensamientos y sentimientos a los otros. Una familia con estos recursos, ante una crisis, probablemente no se vuelva disfuncional.

Kornblit plantea entonces, que la crisis se definiría como el grado de desorganización que se genera en una familia producto de la enfermedad. El grado de desorganización es una observación interaccional que apunta al retardo o incapacidad de la familia para producir respuestas adaptativas no disfuncionales con respecto al enfermo y al grupo. Finalmente, la autora concluye que esto último dependerá principalmente de dos variables: a) el tipo de enfermedad y b) la dinámica familiar (Kornblit, 1984).

- El tipo de enfermedad incluye las siguientes dimensiones: curabilidad, dolor, incapacidad resultante, naturaleza de los procedimientos terapéuticos implicados, modalidad de comienzo y

evolución, e ideología acerca de ella (familiar y social).

- La dinámica del grupo familiar incluye la consideración: del estilo familiar (en cuanto al continuo cohesión y desapego), y la permeabilidad de los límites entre el sistema y macro sistema.

Estas variables son interesantes para el análisis posterior de las diversas etiologías para la codependencia, planteadas por los distintos autores.

Estilo de Respuesta de la Familia Disfuncional Frente a la Enfermedad

Kornblit (1984) sostiene que en la disfuncionalidad, a grosso modo, se pueden identificar dos patrones de respuesta en relación al estilo desarrollado por una familia frente a la emergencia de una enfermedad crónica o aguda. Estos patrones representan dos polos opuestos, existiendo entre ambos una infinidad de respuestas posibles.

Los patrones de respuesta son:

a) "La Tendencia Centrípeta": ésta se caracteriza por una extrema cohesión interna que gira en torno al enfermo. Este, al convertirse en el centro de las interacciones, absorbe la energía, monopoliza la atención y le reduce las posibilidades de desarrollo y crecimiento a los demás miembros de la familia. La familia suele vivir en un estado de constante alerta, teniendo siempre presente las posibles complicaciones de la enfermedad. El riesgo de muerte está siempre presente.

b) "La Tendencia Centrífuga": ésta se caracteriza por conductas evitativas de los miembros de la familia en torno a la enfermedad, exceptuando a uno de ellos, quien le dedica todas sus energías al enfermo. "Esto favorece la dependencia de este último con respecto a un miembro la familia (usualmente la madre si se trata de un hijo enfermo) quien absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad, evitando que sea el enfermo mismo quien, en la medida de sus posibilidades, se haga cargo de los cuidados que requiere su condición" (Kornblit, 1984). La actitud sobreprotectora se verifica en general como respuesta de un miembro de la familia, condicionando a (o, planteándolo de modo inverso, como resultado de) la evitación por parte de los restantes miembros de la familia (Kornblit, 1984). (Retomando la idea de co-determinación, es irrelevante desde donde se puntúe el fenómeno anterior).

Es necesario recordar que en ambos estilos de repuesta: la conducta de todos los miembros del sistema familiar está mutuamente determinada o co-determinada y que todos los miembros presentan conductas facilitadoras del trastorno o enfermedad.

Análisis sobre los Tipos de Facilitación

Si bien, como se ha mencionado antes, la idea de facilitación está comprendida en la definición misma de disfuncionalidad, consideramos necesario hacer una distinción entre lo que hemos denominado facilitación directa e indirecta. La facilitación directa se observaría como un conjunto de conductas directamente relacionadas a la preocupación, cuidado,

intentos de control, etc. del problema que padece el miembro sintomático. La facilitación indirecta se observaría como un conjunto de conductas que aparentemente están desligadas del problema que afecta a la familia, cual es la enfermedad de uno de sus miembros, pero que en sus efectos constituyen parte activa de la mantención de la sintomatología.

Desde esta perspectiva, se considera que el facilitador directo tiene las mismas características conductuales del codependiente, pero que, sin embargo no lo es, porque en su relación con otros sistemas y consigo mismo tiene un repertorio conductual diferente, un repertorio alternativo de sistemas de significados, lo que le permite entrar y salir en sus distintos espacios de existencia en forma fluida y pudiendo acoplarse según sean las reglas de pertenencia del sistema en cuestión (i.e. el trabajo, los amigos etc.). El codependiente, en cambio, sería el facilitador que mantiene su mismo repertorio de acción en su relación con el mundo; lo determina un único sistema de significados que lo define en todas las distintas áreas en que se mueve. El codependiente se relaciona con el mundo de los amigos, trabajo, etc., en la búsqueda de recrear un sistema dependiente-codependiente, pudiendo esta búsqueda ser exitosa o, en caso contrario, teniendo que enfrentar grandes dificultades para acoplarse con otro/s por no poder considerar las reglas de pertenencia de ese otro sistema en particular. Por lo mismo, la posición del facilitador directo es intercambiable con otros miembros de la familia (i.e. cuando éste viaja un hijo puede asumir el rol); este intercambio no es posible que se produzca en el caso de un miembro codependiente.

En las dos respuestas disfuncionales mencionadas (centrípeta y centrífuga), podría surgir eventualmente un codependiente. Sin embargo, consideramos que en la primera, a partir del contexto generado, caracterizado por su girar explícito en torno a la enfermedad, todos los miembros asumen el rol de facilitadores directos, siendo poco probable, por lo tanto, por la distribución de la responsabilidad y del cuidado, el que surja un codependiente. En la respuesta centrífuga, en cambio, y a partir del contexto generado, todos, a excepción de uno de los miembros de la familia, asumirían el rol de facilitadores indirectos. La excepción (uno o a lo más dos miembros) asumiría el rol de facilitador directo o de codependiente propiamente tal. Por las características intrínsecas de la respuesta centrífuga (depósito del cuidado en un solo miembro, conductas de evitación, conductas de control irracional, etc.), consideramos que existe una alta probabilidad de que surja un miembro codependiente en esta respuesta.

Siguiendo la lógica de todo lo anterior, lo primero que salta a la luz es que la idea de codependencia, como descriptora de una enfermedad familiar, no es viable, ya que sólo representaría a la familia disfuncional que por definición mantiene el síntoma. El concepto no da ningún otro elemento que particularice a una familia, salvo una eventual mayor patología de la respuesta disfuncional (que se abordará en punto V.6.). Lo que le da la marca única que distingue a cada familia dentro de la disfuncionalidad, es el trastorno o enfermedad ante el cual eventualmente pudiese surgir un codependiente. Es decir, aquello que configura la especificidad relacional entre los miembro de una familia, es la anorexia misma, o la depresión, o la

dependencia química, o la esquizofrenia. Entre una familia anoréctica y otra, por ejemplo, además de los patrones propios de las familias disfuncionales, encontramos ciertos patrones conductuales redundantes que sólo le pertenecen a las familias con anoréctico. Igual cosa puede pasar con la esquizofrenia y con la dependencia química. Es así como sería la dependencia química quien define a la familia, y no la codependencia.

Consideramos que el concepto de codependencia, al no particularizar a una familia, ha facilitado el que se haya utilizado en enorme cantidad de contextos a lo largo de su evolución, tales como alcoholismo, dependencia química, abuso infantil, familias con reglas opresivas, de alto estrés, con enfermedades crónicas etc., debido a que todas éstas, eventualmente, pueden representar a familias disfuncionales dependiendo de los factores mencionados previamente (recursos familiares, definición de la crisis, etc.).

Estaríamos postulando entonces, que desde la perspectiva sistémica, la codependencia como enfermedad familiar sería redundante, y por consiguiente carente de utilidad teórico práctica. No así el caso de la codependencia como un patrón de características de uno o más miembros de la familia que reflejan un operar con un sistema único de significados, con las importantes consecuencias que esto conlleva.

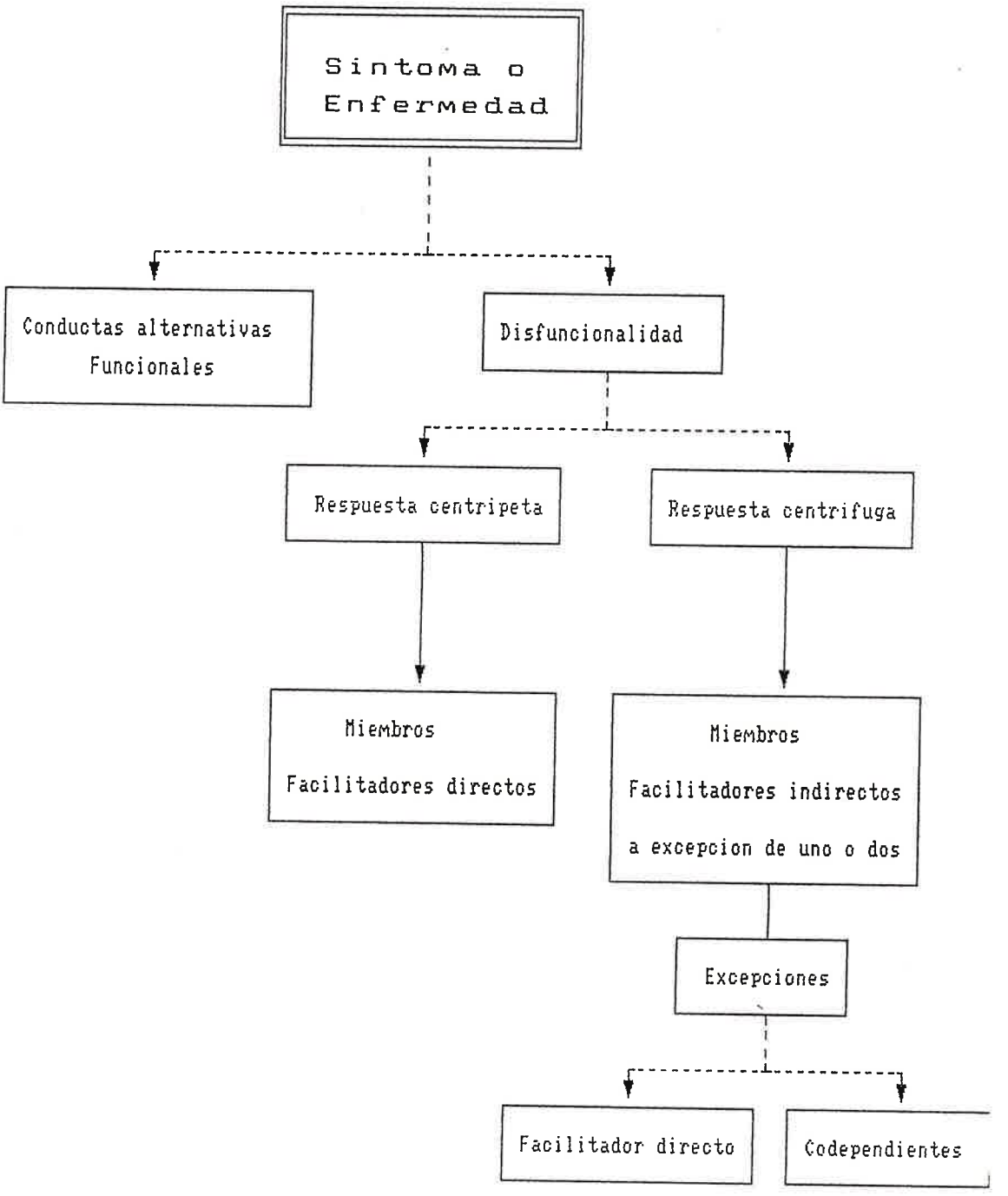
Resumen

En síntesis, postulamos que:
1) surge un síntoma o enfermedad
2) la familia tiene dos caminos posibles: generar conductas alternativas funcionales u operar en la disfuncionalidad
3) si se opera desde la disfuncionalidad, se presentan dos estilos generales de respuesta: centrípeta o centrífuga
4) si la respuesta es centrípeta: todos los miembros de la familia asumen el rol de facilitadores directos, siendo poco probable el que surja un codependiente
5) si la respuesta es centrífuga: todos, a excepción de uno de los miembros de la familia, serían facilitadores indirectos; la excepción asumiría: a) el rol de facilitador directo o b) el rol de codependiente
6) el estilo de respuesta centrífuga es el contexto más posible para el surgimiento de un codependiente.

Un último punto interesante de comentar es la diferencia que plantea el estilo de respuesta familiar disfuncional de la dependencia química, en contraste con otras enfermedades o trastornos, tales como cáncer, anorexia nerviosa, depresión, etc. Estas últimas abren los dos caminos de respuestas posibles: centrípeta y centrífuga. La dependencia química, en cambio, tiene como característica intrínseca la negación de la enfermedad por la ideología (familiar y social) que conlleva, con la resultante imposibilidad de asumir un cuidado explícito del dependiente químico. Esta dinámica configura una organización coherente con la única repuesta posible, cual es la respuesta centrífuga.

Planteamos con anterioridad que la familia con respuesta centrífuga contiene un miembro facilitador directo o un miembro codependiente. Consideramos que en la configuración de uno u otro de esos casos, dos variables que inciden en forma significativa son las variables de "género" y de "nivel de patología" de la respuesta familiar. Este análisis será expuesto in extenso en el punto V.6.

Fig. 1: Diagrama del postulado principal
Respuesta familiar ante un hecho critico



2.- COMENTARIOS EN TORNO A LA DISCUSION DE LOS AUTORES

Los autores que aparecen en la literatura de la codependencia, no sólo han propuesto definiciones, características y posibles etiologías del trastorno, sino que también han desarrollado una discusión en torno a ciertos aspectos del concepto; algunos han planteado ciertas tendencias observadas en cuanto a los diferentes enfoques existentes y otros han formulado algunas preguntas que han quedado sin responder.

En este punto de la Memoria, se reflexiona sobre la discusión de algunos autores a partir del postulado propuesto para la comprensión del concepto de codependencia. Los autores son muchos y las discusiones variadas, por lo que se ha elegido sólo a algunos que representan ciertas tendencias de opiniones y que se refieren a determinados puntos que parecen relevantes de abordar desde la perspectiva propuesta.

Es necesario señalar que, entre los autores, se observa una tendencia a no explicitar los fundamentos sobre los cuales desarrollan sus diversos postulados, hecho que dificulta la posibilidad de efectuar un examen crítico de los mismos. Probablemente, esta tendencia observada es el resultado de la falta de una definición consensual de codependencia, lo que se ve reflejado en la sobreabundancia de definiciones, campos de aplicación y características que se le atribuyen al concepto.

2.1.- ENFOQUES SOBRE EL CONCEPTO DE CODEPENDENCIA

Martin (1989) sostiene que en la literatura de la codependencia pueden observarse algunas tendencias generales que merecen destacarse.

Uno de los planteamientos que señala, es el de algunos autores que consideran que la codependencia es una entidad de enfermedad específica, que posee sus propios síntomas (Wegscheider-Cruse, 1985; Cermak, 1986; cit. por Martin, 1989). Tal planteamiento es apoyado por el postulado de esta Memoria sólo en cuanto a que en el codependiente se han podido identificar sus características distintivas y se ha podido describir su etiología. Sin embargo, referirse a la codependencia como enfermedad propiamente tal, tiene connotaciones médico-psiquiátricas de las que puede resultar apresurado pronunciarse dado el estado evolutivo en que se encuentra actualmente el concepto.

Algunos autores no comparten el supuesto de la codependencia como enfermedad, ya que si fuese así, plantean, "habrían patrones reconocibles de rasgos y comportamientos" (Myer et al, 1991). Sostienen que el examen de la literatura sugiere que aún no hay una descripción confiable para determinar lo anterior y luego señalan que el gran número de características que se le atribuyen al codependiente, permite que prácticamente cualquier persona pueda ser considerada como tal. Ciertamente, esa es la impresión que produce un primer abordaje de la literatura sobre el tema, y, con su afirmación, los autores ponen de manifiesto el problema que se ha generado producto de la falta de

sistematización que se observa. Tras un trabajo de ese tipo, sí es posible extraer los elementos esenciales que estarían dando cuenta del fenómeno de la codependencia.

Un importante número de autores han planteado que la codependencia afecta a cualquiera que provenga de una familia disfuncional. En relación a este punto, Potter-Efron hace una distinción valiosa. El sostiene que existe un acuerdo general en cuanto a que los codependientes serían aquellas personas a quienes se les ha afectado significativamente su vida al convivir con un dependiente químico, pero agrega que, para que el concepto de codependencia tenga algún valor, debe limitarse a aquellos sujetos quienes desarrollen una serie de respuestas predecibles y problemáticas ante dicha exposición (Potter-Efron, 1989). Desde el postulado de la presente Memoria, el planteamiento de Potter-Efron con respecto al valor del concepto cobra significancia, en la medida en que él, a diferencia de otros autores, estaría apoyando la proposición de la codependencia como un trastorno individual y no familiar, al plantear que la utilidad del concepto radica en que se limite su aplicación a aquel o aquellos miembros de la familia que desarrollen respuestas predecibles y problemáticas frente a la situación.

Otro punto de interés es el planteamiento de Mendenhall (1989), quien señala que existe un grupo de autores (a los cuales no menciona) que han descrito modos alternativos con los cuales la pareja del alcohólico sobrelleva la situación y establece un modo de vida satisfactorio. El autor no se extiende más allá en su afirmación, a pesar de lo interesante y diferente -que resulta en relación a lo planteado por la mayoría de los autores. Esta

afirmación coincide con lo señalado en el "postulado principal", en cuanto a que no toda persona que convive con un alcohólico (u otro dependiente químico, enfermo crónico, etc.) necesariamente se haría disfuncional, sino que esto dependería de múltiples variables que tendrían directa relación con los recursos con que cuenta la familia y la persona (remitirse a punto V.4.).

2.2.- INTERROGANTES EN RELACION A LA CODEPENDENCIA

A partir de un examen de la literatura sobre la codependencia, Martin (1989) deja formuladas algunas interrogantes que de ahí surgen pero que no encuentran respuesta. Desde la perspectiva del postulado propuesto, se intentará dar respuesta a estas preguntas y, de este modo, se buscará clarificar algunos de los elementos implicados en el mismo.

a) "¿Cómo se diferencian las características del codependiente de familias alcohólicas con respecto a codependientes de otros contextos no alcohólicos?"

Postulamos que el codependiente se define por ciertas características que son independientes de los diferentes contextos en que surja, por lo tanto, una vez que se habla de codependiente, el contexto que le dio origen no es significativo en cuanto a determinar diferencias.

b) "¿Los miembros de la familia se enfermaron antes o después de vivir con el alcohólico?"

Desde la perspectiva señalada, el o los miembros pueden haberse "enfermado" en cualquier momento en que estuvieron expuestos a una dinámica interaccional disfuncional (remitirse a V.1). Puede haber sido antes y entonces haberse cumplido el carácter transgeneracional del trastorno; el codependiente se relaciona con el mundo a partir de un único sistema de significados y, por lo tanto, intenta generar la misma dinámica interaccional de su sistema de origen disfuncional en diversos ambientes. De este modo, podríamos decir que el codependiente busca a otro donde poder "calzar" con su disfuncionalidad y así resulta natural que se empareje, por ejemplo, con un alcohólico. El o los miembros de la familia también pueden haberse enfermado despues de vivir con el alcohólico, siempre que se haya convertido en facilitador directo del trastorno y se relacione con el mundo con un mismo repertorio conductual básico por no tener sistemas de significado alternativos.

c) "¿Cómo se diferencia el comportamiento del codependiente del de otras personas enfrentándose a ambientes estresantes o a enfermos similares?"

Desde nuestro postulado, el que se ha convertido en codependiente se comporta de igual modo en diferentes ambientes porque su identidad ha cambiado. Su rol de "cuidador-controlador" del otro es rígido; se relaciona como tal en su trabajo, con sus amistades, etc. El que no se ha transformado en

codependiente, a pesar de haber estado sometido a circunstancias del mismo tipo, puede que frente al enfermo asuma el rol de facilitador indirecto o incluso directo, pero cuenta con los recursos que le permiten flexibilizar sus roles y, de este modo, puede variar su repertorio conductual frente a las demandas de los diversos ambientes en que se mueve.

3.- REFLEXION EN TORNO A LAS CARACTERISTICAS

Tal como ha sido señalado anteriormente, en la literatura sobre la codependencia, aparecen citadas en forma recurrente, ciertas características que serían distintivas del codependiente (remitirse a IV.2.2.).

Al entrar en un primer análisis de las características e intentar sistematizarlas, la primera observación que surge tiene relación con el entramado que conforman todas ellas; las características se encuentran ligadas entre sí en relaciones en las que no resulta posible determinar una causalidad. Más bien, éstas conforman una red con múltiples interrelaciones; algunas se desprenden de otras y, a menudo, resulta difícil intentar analizar una de ellas sin hacer referencia al resto.

En este punto, se intenta abstraer algunos de los elementos centrales que subyacen tras cada una de las características descritas como principales en el marco teórico de la presente Memoria. Se analizan sus interrelaciones y, posteriormente, se integran al análisis las características que han sido mencionadas con menor frecuencia en la literatura de la codependencia.

3.1.- ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS PRINCIPALES

En la descripción de cada una de las características principales, aparece como elemento en común un "otro". La codependencia parece caracterizarse por una serie de dificultades que experimenta una persona en su relación con un otro, hecho que

resulta coherente con lo planteado acerca de la génesis interaccional de la codependencia. Más precisamente, estas dificultades parecen derivarse de una excesiva focalización de la atención en el otro, por parte del codependiente, girando toda su vida en torno a éste.

Una de las características mencionadas con mayor frecuencia en la literatura de la codependencia, alude a los problemas que experimenta el codependiente en sus relaciones cercanas o íntimas. Estos problemas se deberían a una inhabilidad para establecer límites entre sí mismo y el otro y a una inhabilidad para tolerar la separación (Cermak, 1986; Arnold, 1990; Wright & Wright, 1990). Cermak plantea que el codependiente confunde la intimidad con fusión, lo que se traduce en que éste tiende a hacer suyos los valores, deseos y sueños del otro. Cuando la distancia interpersonal aumenta, el codependiente experimenta un intenso temor a la separación (Cermak, 1986).

La fusión con el otro que experimenta el codependiente, se encuentra directamente ligada a otra de las características principales mencionadas, cual es, su problema de identidad. La identidad del codependiente depende absolutamente de su otro significativo (Cermak, 1986); lo que el codependiente es, lo es en función del otro. Desde este punto de vista, también se logra comprender la intensidad del temor que experimenta el codependiente frente a una eventual separación, ya que lo que en este caso se pone en juego, es su identidad misma; si el otro desaparece, él debe enfrentarse a un absoluto sin sentido de su vida.

Dijimos que la identidad del codependiente depende absolutamente de su otro significativo. Al cuestionarse acerca de las implicancias que esto conlleva, el análisis conduce hacia otras de las características mencionadas. Así, por ejemplo, surgen los factores de control previamente descritos. El comportamiento del codependiente gira en torno a las expectativas, necesidades y metas del otro ("locus de control externo"). De este modo, podría afirmarse que el otro controla la vida del codependiente a través de la actitud que éste asume. No obstante, al mismo tiempo, el codependiente intenta controlar el comportamiento y sentimientos del otro ya que el otro forma parte de su propia identidad;por lo tanto, si logra hacerlo sentirse bien, él también se sentirá bien. Cree que todo lo que pasa con el otro es producto de lo que él hace y/o dice.

Directamente relacionado con el control, se encuentra la negación que el codependiente utiliza como mecanismo de defensa frente a los problemas que debe enfrentar a diario. Como todo depende de él, todo debe mantenerse bajo control, por lo tanto, cualquier conducta o situación problemática simplemente no es tolerable para él y ,por lo tanto, es negada. Como, a pesar de sus esfuerzos, no logra controlar el trastorno del otro -por ejemplo, su excesiva ingesta de alcohol-, tiende a negar el problema mismo y a expresar su control abarcando al máximo las restantes áreas de la vida del otro.

En este punto, el análisis nuevamente se topa con otra de las características mencionadas, cual es la hiperresponsabilidad del codependiente. Cermak plantea que el codependiente asume toda la responsabilidad por la satisfacción de las necesidades

de los otros; se siente responsable por la felicidad o tristeza del otro, por sus éxitos o fracasos, etc. Gradualmente, comienza a perder la capacidad de distinguir entre sus propias necesidades y las ajenas (Cermak, 1986).

En este nivel, entran en juego otras dos características señaladas con alta frecuencia en la literatura, cuales son la negación de sí mismo, y la dificultad en la identificación, expresión y manejo de los sentimientos.

El codependiente pierde contacto consigo mismo; con sus propias percepciones, sus experiencias y sentimientos. Se posterga a sí mismo para complacer a los demás. Esta negación de su persona necesariamente se relaciona con las dificultades que experimenta en torno a sus sentimientos; el codependiente reprime sus sentimientos, sobre todo los de tonalidad disfórica, en una búsqueda de aceptación por parte del otro.

En cuanto a sus sentimientos, el codependiente no sólo es un experto en reprimirlos, sino que tampoco sabe cómo manejarlos. Cuando éstos afloran, experimenta una gran confusión y torpeza en su expresión.

Si bien todas las características señaladas conforman la identidad del codependiente, éstas pueden manifestarse de maneras diferentes entre un codependiente y otro, lo que se traduce en que no todos parezcan iguales frente a al observador. Así, por ejemplo, un codependiente puede manifestarse como "mártir" y otro como "apático" (Cermak, 1986). No obstante, a la base, en ambos se encuentran las mismas características.

3.2.- ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS SECUNDARIAS

En cuanto a las características secundarias (aquéllas mencionadas con menor frecuencia en la literatura de la codependencia), se observa que gran parte de ellas puede desprenderse de alguna de las principales. Sin embargo, nuevamente surge el problema de la red de interrelaciones que conforman, resultando difícil la tarea de decidir bajo qué característica mayor incluirlas. Esta tarea obedece únicamente a un intento de aclaración y sistematización de los elementos centrales que caracterizarían al codependiente. Teniendo en consideración lo artificial que resulta esta sistematización, hemos agrupado ciertas características secundarias bajo categorías constituídas por las características principales previamente analizadas.

- Categoría de "Hiperresponsabilidad"

Como ya se ha mencionado, el codependiente cree que todo lo que le ocurre con el otro significativo es producto de lo que él hace. Claramente, bajo esta característica, pueden incluirse otras como el rol de cuidador y los sentimientos de culpabilidad. Si lo que le ocurre al otro depende del codependiente, éste asume las conductas de cuidado que sean necesarias para lograr su satisfacción; si no lo logra, se siente culpable por el malestar que le ha generado.

El perfeccionismo que ha sido señalado como otra de las características del codependiente, también puede ser considerado

como una manifestación más de su hiperresponsabilidad.

Otros autores se han referido a enfermedades físicas asociadas al estrés. Esta característica también puede ser incluída en la presente categoría al constituir el estrés una posible manifestación de un intento por responder a innumerables demandas, lo que sería por definición una actitud hiperresponsable.

- Categoría de "Factores de Control"

Dentro de los factores de control, se ha distinguido el "locus de control externo" que caracteriza al codependiente. Smalley (1987) lo explica planteando que los codependientes se focalizan en personas y cosas fuera de sí mismos para su propia validación como personas. Este planteamiento lleva implícito otra de las características mencionadas, cual es, que el codependiente posee una muy baja autoestima, ya que su valor como persona está puesto fuera de sí mismo, depende absolutamente de los otros. Schaef (1989) enfatiza otro aspecto de la misma característica al afirmar que, cumpliendo con las expectativas de los demás, el codependiente busca ser aceptado. Esto alude a la necesidad de aprobación de los demás, que algunos autores han mencionado en la literatura.

Otra característica que puede incluirse bajo esta categoría es la habilidad deficitaria de comunicación; para complacer a los demás (locus de control externo), el codependiente evita comportarse asertivamente.

También dentro de los factores de control, pueden incluirse los sentimientos de impotencia que algunos autores han señalado que acompañan al codependiente. Este intenta controlar al otro fervientemente pero, al no lograr resultados (producto de su comportamiento facilitador), se ve dominado por sentimientos de impotencia frente a la situación.

La dificultad para tomar decisiones también puede considerarse como una manifestación más de la focalización del codependiente en el otro. Desde el codependiente, es el otro quien dicta las pautas a seguir.

- Categoría de "Problemas en la formación, mantención y separación en las cercanas o íntimas"

Bajo esta categoría puede ubicarse una característica que ha sido mencionada como tal con relativa frecuencia en la literatura, cual es, la dependencia exagerada propia del codependiente. Esta constituye una característica medular de la codependencia y ya ha sido descrita y analizada en el punto sobre los problemas que experimentan los codependientes en sus relaciones íntimas. Estos mantienen su relación con el otro sin importar lo deteriorada que se encuentre porque, como ya se ha señalado, la posibilidad de una separación les produce un elevado temor. De aquí se desprende gran parte del resto de las características.

- Categoría de "Negación de sí mismo"

También ha sido señalado como característico del codependiente, su tendencia a mostrar conductas de autosacrificio, las cuales se hallan relacionadas con la auto-postergación y negación de sí mismo que lo caracteriza. El codependiente renuncia a sí mismo por complacer al otro.

3.3. OTRAS CARACTERISTICAS

Finalmente, algunos autores hacen mención a cierta rigidez en los patrones de relación que caracterizaría al codependiente. Desde el enfoque de la presente Memoria, esta característica es considerada como propia del marco más amplio de la disfuncionalidad en que se halla inserto el codependiente.

Otra de las características mencionadas se refiere al abuso de sustancias en que incurriría el codependiente. Cermak señala que esta conducta es muy frecuente de observar en codependientes de familias dependientes químicas. Cabe preguntarse qué ocurre con codependientes fuera del contexto de la dependencia química y, considerando la fuerte presión bajo la cual viven, resulta muy probable que también incurran en abuso de sustancias como tranquilizantes, por ejemplo.

3.4.- EL TEMOR AL ABANDONO

Al revisar las descripciones que los diferentes autores

elaboran acerca de las diversas características, llama la atención la frecuente mención de ciertos móviles que estarían dando cuenta de ellas. Estos serían el temor al abandono, la búsqueda de aceptación y el intento por complacer a otros. El temor al abandono sería el móvil más profundo que englobaría a los otros dos.

Martin (1989) señala que el codependiente suprime sentimientos disfóricos para complacer a los demás. Según Whitfield (1989), el mismo móvil subyace tras la auto-postergación que distingue al codependiente. Cermak (1986) por su parte, sostiene que, tras la responsabilidad del codependiente por la satisfacción de las necesidades del otro, se halla un fuerte temor a ser abandonado. Lo mismo plantea Schaef (1989) cuando afirma que el codependiente mantiene la relación, no importando su deterioro, para protegerse de sentimientos de soledad y abandono. Schaef (1989) también plantea que, negando su propia experiencia y cumpliendo con las expectativas de los demás, el codependiente busca ser aceptado. Cermak (1986), por su parte, sostiene que el rasgo central de la codependencia es la negación de sí mismo para sentirse conectado a los demás.

El temor al abandono (exclusión o descalificación intensa) constituiría el móvil clave para la comprensión del comportamiento del codependiente, ya que estaría a la base de muchas de las conductas descritas.

El codependiente existe en función del otro, se niega a sí mismo por el otro, su identidad se conforma en relación a ese otro. Por lo tanto, el origen de su temor se halla ligado al

problema de identidad que experimenta; es su identidad la que se pone en juego frente a una eventual separación. Es ahí donde yace la intensidad de su temor, su fuerza movilizadora, ya que ese temor al abandono conlleva también en sí un intenso temor a dejar de ser.

4.- REFLEXION EN TORNO A LA ETIOLOGIA

Al revisar la literatura en relación al contexto donde surge la codependencia, uno se encuentra con dos problemas. El primero tiene que ver con el gran espectro que comprende la etiología mencionada, que incluye desde aquellas personas que tienen una relación con un alcohólico hasta el padecimiento de la sociedad en su totalidad. El segundo, es que si bien existe una gran cantidad de contextos mencionados, los autores, salvo en el caso de codependencia y sociedad, no los fundamentan ni explicitan las razones que sustentan la inclusión (o exclusión) de un contexto específico como asociado a la generación de codependencia.

El objetivo de este punto es reflexionar en torno a cuáles serían los contextos en que surge la codependencia y las razones por las cuales éstos elicitarían con mayor probabilidad un comportamiento codependiente.

Como se expuso en el Postulado Principal de esta Memoria, consideramos que el contexto general más probable para el surgimiento de uno o más codependientes, es el de aquellas familias que ante una situación crítica se vuelven disfuncionales y adoptan una respuesta centrífuga.

En la afirmación anterior no se hace mención del trastorno específico ante el cual se pueda dar la disfuncionalidad y sus respuestas asociadas, y eventualmente surgir un codependiente.

En los contextos planteados por lo autores se pueden distinguir tres categorías que facilitarían el surgimiento de

individuos codependientes. Estas son los contextos asociados a: a) características de la sociedad; b) características o funcionamiento familiar; c) trastornos específicos de otro miembro de la familia.

4.1.- CONTEXTO SOCIAL

En esta categoría, que apunta a las ideologías de la sociedad, los autores hacen referencia al fenómeno de socialización, a la homofobia y al machismo patriarcal.

En cuanto a la socialización, se plantea que la sociedad promueve, a través de sus distintas instituciones, el congelar los propios sentimientos, el perfeccionismo, el sentirse inadecuado, incentivando una suerte de acomodo a los otros, "sentando las bases para la codependencia" (Whitfield, 1984; Schaef, 1986).

En la definición misma del ser humano como ente bio-sico-social está el vivir con otros, en sociedad. La historia evolutiva del hombre ha estado marcada por lo que Maturana ha denominado como "la pasión por vivir juntos" (Maturana, 1991). Para la realización del vivir juntos, es necesario un acoplamiento mutuo, un "acomodo" mutuo. Si bien este fenómeno es bidireccional, en un inicio, por la características de dependencia y supervivencia propias de la etapa de la niñez, se da con mayor fuerza un acomodo del niño hacia la familia, la sociedad, etc. Sin embargo, consideramos que éste es un fenómeno propio del ciclo evolutivo, y que sería una exageración hacerlo

equivalente a un proceso de negación de sí y posterior vulnerabilidad a la codependencia. El "acomodo" mutuo entre los adultos mediante el acoplamiento estructural, desde Maturana (1991), es lo fundamental del ser con otro del ser en sociedad. Por último, si se es coherente con el análisis anterior de los autores, habría que plantearse entonces que la sociedad entera padecería codependencia. Esta sería una sobregeneralización que tendería a desvirtuar el concepto.

En cuanto a la homofobia (rechazo al homosexual por parte de la sociedad) como un contexto generador de codependencia en los homosexuales, los autores sostienen que éste es un contexto facilitador porque tiene como consecuencia que el homosexual tenga que operar con una negación de sí mismo a la base para poder ser aceptados por el resto de la sociedad (Finnegan & McNally,1989). Nuevamente creemos que es necesario tener cierta cautela, por considerar que hay múltiples variables involucradas. La primera distinción necesaria, es entre los homosexuales que asumen (tras un período de ajuste) su realidad de manera funcional y los que se disfucionalizan. Lo anterior podría estar determinado, entre otras cosas por variables familiares involucradas (reacción ante el hecho, aceptación o no, etc.), recursos personales, grado de rechazo por parte de la sociedad en cuestión, etc. En relación a este fenómeno cabe preguntarse, en el caso en que el homosexual no haya asumido integralmente su realidad como tal, si es suficiente la negación de este aspecto para que el homosexual se transforme en codependiente con todas las características que ello involucra, y con un operar, por tanto, en todos sus sistemas de pertenencia desde ese marco.

La tercera variable mencionada es la mayor probabilidad de codependencia en la mujer como consecuencia del contexto machista-patriarcal de la sociedad. Esta variable será abordada en el punto IV.6..

4.2. CONTEXTO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

En esta categoría los autores mencionan a familias emocionalmente represivas (Whitfield, 1989), familias disfuncionales (Wegscheider-Cruse, 1985; Subby, 1987; Haaken, 1990), familias de alto estrés (Smalley, 1987; Potter-Efron & Potter-Efron, 1989), familias con reglas opresivas (Subby & Friel, 1984; cit. por Whitfield, 1989) y, por último, "cualquier ambiente familiar donde el problema de un miembro interfiere con el desarrollo emocional del resto" (Arnold, 1990).

Algunos de estos autores describen el contexto familiar como una resultante de un trastorno en uno de los miembros, por ejemplo, familias de alto estrés "como lo son las familias dependientes químicas" (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989). Los otros, en cambio, describen el contexto familiar como una situación que en sí misma puede generar codependencia, sin la necesidad de que exista un trastorno específico en alguno de los miembros de la familia.

Basándonos en lo planteado en esta Memoria, postularíamos que el surgimiento de codependencia en el primer caso (contexto familiar producto de un trastorno de un miembro), dependería de que una familia responda al trastorno de manera disfuncional, y

desde esta disfuncionalidad adopte una respuesta específica (centrífuga).

En el segundo caso, consideramos que las características familiares mencionadas por los autores para referirse a aquellos contextos familiares que en sí mismos generan codependencia, representan aquello que hemos analizado anteriormente como, recursos familiares y la vulnerabilidad a volverse disfuncional ante un hecho crítico. Probablemente, las familias con las características descritas por los autores, tiendan con mayor facilidad a la disfuncionalidad; sin embargo, consideramos que esos funcionamientos por sí solos son insuficientes para generar codependencia.

4.3.- CONTEXTO RELACIONADO AL TRASTORNO DE OTRO MIEMBRO FAMILIAR COMO GENERADOR DE CODEPENDENCIA

Esta categoría contempla aquellas situaciones donde el surgimiento de la codependencia tiene que ver con el desarrollo de un trastorno o enfermedad en un miembro de la familia, ante el cual otro/s miembro se hace codependiente/s.

Los trastornos mencionados por los autores son los siguientes: alcoholismo (Wegscheider-Cruse 1981; cit. por Prest & Storm, 1989; Whitfield, 1984), dependencia química en general (Cermak, 1986; Whitfield, 1989; Potter-Efron & Potter-Efron,

1989[1]) , enfermedades o impedimentos crónicos (Gierymski & Williams, 1986; Smalley 1987; Kress, 1989) y desórdenes compulsivos (Prest & Storm, 1988), tales como comedores compulsivos (Hollis 1981;cit. por Prest & Storm 1988; Wright & Wright, 1990) y trabajadores compulsivos (Arnold, 1990).

Se irán desglosando las ideas comunes que consideramos que hay a la base de estos trastornos, explicitando su relación con la mayor (o menor) probabilidad de que se genere un codependiente.

i) Al analizar dichos trastornos la primera característica en común que se puede observar, es la idea de no cambio, sea esto de perdurabilidad en el tiempo o de cronicidad en sí[2]. Suponemos que la codependencia no podría surgir frente a un trastorno de muy corta duración.

ii) Ahora, desde la idea de cronicidad se puede distinguir la idea de no cambio asociado a la esperanza de cambio y la idea de no cambio como fatalidad (i.e. invalidez física.). Todos los trastornos mencionados, salvo la excepción anterior, pueden contener la cronicidad asociada a una esperanza de cambio (o curabilidad). Consideramos que existiría mayor probabilidad de generar codependencia en este contexto, debido a que una

---

[1] Las referencias restantes de autores que mencionan la dependencia química, se encuentran en el punto IV.2.1..

[2] En el transcurso del siguiente análisis se utiliza el término de "cronicidad" para referirse indistintamente a perdurabilidad en el tiempo como a cronicidad en sí.

característica central y de gran importancia en la génesis de codependencia es el intento de control (para lograr un cambio) sobre la enfermedad o trastorno del otro.

iii) Tenemos entonces trastornos crónicos asociados a esperanza de cambio o curabilidad; dentro de éstos nuevamente se pueden hacer subcategorías. Estas subcategorías serían: a) aquellas enfermedades o trastornos donde existe el concepto de enfermedad en la ideología familiar y/o social y, b) aquélla donde la enfermedad está negada como tal y se considera que lo que está en juego es la voluntad del otro, y, por lo tanto, la posibilidad de éste de revertir la situación. Se considera que en el cáncer, por ejemplo, donde la distinción del trastorno pasa por el diagnóstico de enfermedad por parte de un profesional, es menos probable el surgimiento de codependencia. No sucede lo mismo en aquellos trastornos donde la conducta desadaptativa o disruptiva es evidente, pero donde la existencia de enfermedad es negada (por la ideología familiar y/o social). En éstos el mensaje que lee el codependiente es el siguiente:" el otro puede cambiar su conducta, pero no lo hace, entonces yo tengo que controlarlo para que él cambie su conducta". Así concluye que el cambio de conducta (enfermedad) del otro está en manos de él (el codependiente).

Dentro de esta subcategoría, es necesario hacer otra distinción que consideramos como influyente, cual es que la suposición de control de la conducta patológica por medio de la voluntad del enfermo, está necesariamente asociada a la idea de placer. La única explicación posible para que un individuo continúe con una conducta que puede detener a voluntad, es que

dicha conducta le produzca placer (si no, estaría enfermo). El análisis del codependiente sería "No sólo el otro no detiene su conducta, sino aquella conducta que a mí me causa preocupación y dolor, al otro le produce placer". Ambas variables apuntan a la intensidad del fenómeno interaccional y de la negación de la enfermedad. También explica la desconexión del codependiente con sus propios sentimientos, por la violencia que implica la aceptación de la percepción anteriormente explicitada. El contactarse con dicha situación sería altamente amenazante, ya que compromete su autoestima y su autoimagen. En esta categoría caben la dependencia química y desórdenes compulsivos: trabajador compulsivo, comedor compulsivo y desórdenes sexuales compulsivos.

iv) Una última distinción que consideramos de relevancia hacer, se refiere a aquellos trastornos que involucran un comportamiento o conductas que son reprobadas e inadmisibles desde la ideología familiar y la ideología social, porque tienen la connotación de maldad, inmoralidad, inadecuación, etc. La situación para el miembro codependiente sería la siguiente: no sólo aquella conducta que le causa dolor y sufrimiento al codependiente depende de la voluntad del otro y le significa placer, sino que además esa conducta es moralmente reprochable. Por lo anterior, la situación probablemente se transforme en un "secreto familiar". Lo anterior involucraría un fenómeno de negación masiva en el que no sólo se niega su carácter de enfermedad sino que se niega la ocurrencia de la conducta misma, con el grado de patología que esto puede representar para el sistema. Los trastornos que caen especialmente en esta categoría serían la dependencia química y desórdenes compulsivos sexuales.

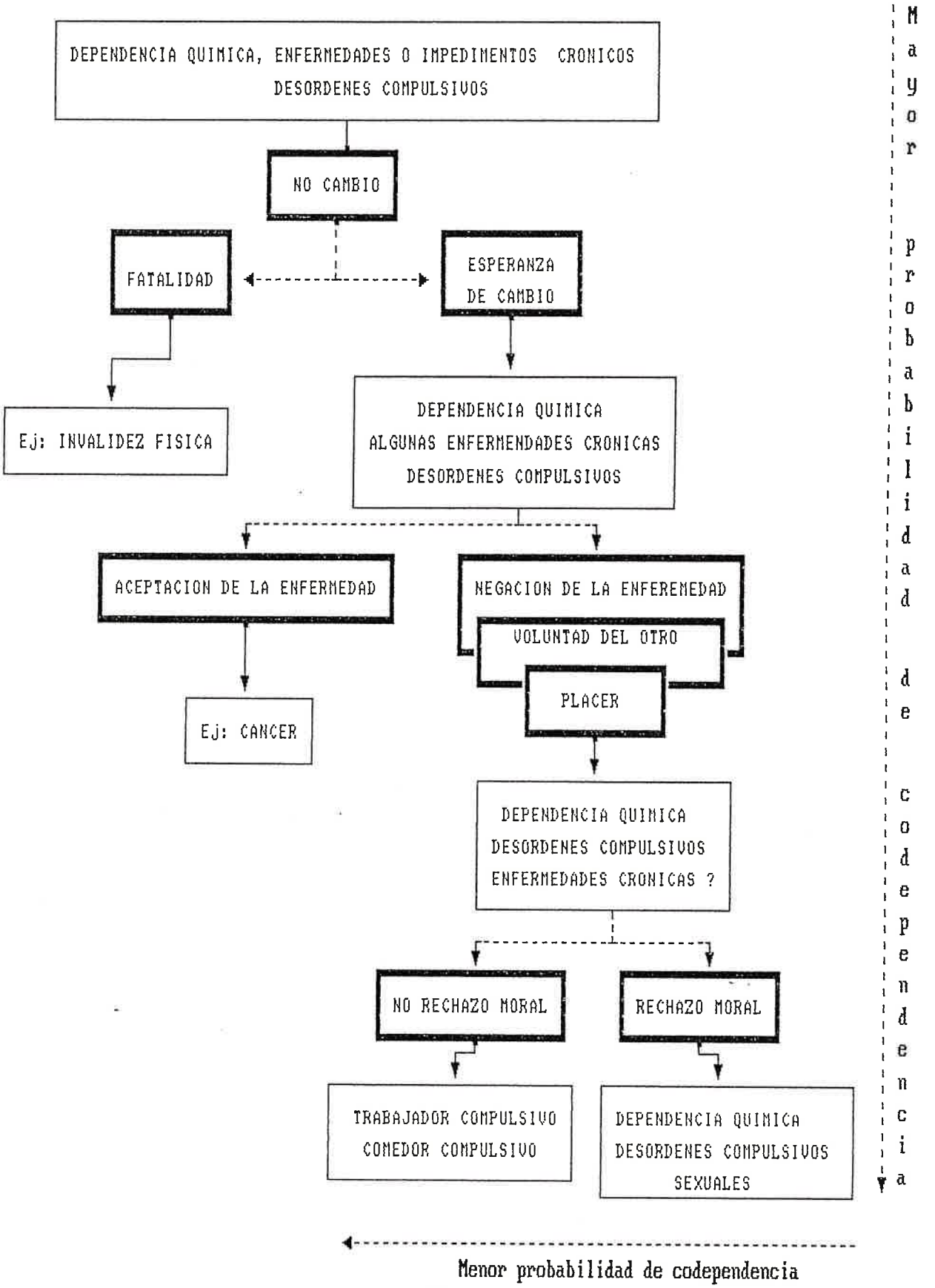
Una última etiología mencionada por los autores es la de abuso infantil (Subby, 1987; Morgan, 1990; Angel, 1992). No existe explicitación alguna en relación a los fundamentos de esta suposición. Esto sería de un orden distinto a los trastornos expuestos anteriormente; implica la acción de un miembro de la familia en contra de otro miembro, no contiene la idea de un miembro que padece un trastorno. Consideramos que por la complejidad del fenómeno -por las distintas variables involucradas (i.e. si el abuso es físico y/o sexual, relación del abusador con el niño cuidador/no cuidador, actitud del otro miembro de la pareja parental no abusivo (en el caso de los padres), etc.) y debido a la existencia de múltiples teorías que describen el fenómeno (en las cuales no se hace referencia a la codependencia)- sería apresurado plantear alguna tendencia al respecto.

Consideramos que, analizando esta última categoría (4.3. "contexto relacionado al trastorno...") desde el postulado principal, a medida que se avanza en el análisis se va desdibujando la posibilidad de una respuesta familiar centrípeta y, paralelamente, aumenta la probabilidad de una respuesta centrífuga, siendo ésta prácticamente la única posible al final del continuum (ante los trastornos de dependencia química y desorden compulsivo sexual). Coherentemente con lo planteado con anterioridad, esto marca un aumento progresivo de la posibilidad del surgimiento de un codependiente.

El objetivo de la reflexión anterior, no sólo es discriminar la probabilidad de generación de codependencia en relación a las etiologías mencionadas por los autores, sino que extraer

elementos comunes que permitan un posterior análisis de otros trastornos (no mencionados en la literatura) a la luz de lo anterior. Esto permitiría estar alerta a la posible existencia de codependencia en familias con trastornos específicos, por ejemplo, esquizofrenia, anorexia, depresión "endógena", etc., con la utilidad clínica que esto involucra (utilidad clínica será abordada in extenso en punto V.6.).

Fig. 2: Analisis de trastornos de un miembro como generadores de codependencia



5.- REFLEXION EN TORNO A LOS ROLES DESCRITOS

Como se expuso en el punto IV.4., desde el contexto de la codependencia como una enfermedad familiar, los autores han descrito roles específicos para las familias dependientes químicas (y, por consiguiente, familias codependientes).

Los roles mencionados son: facilitador principal, cuando el dependiente químico es uno de los miembros de la pareja parental (rol usualmente asumido por el adulto), y los roles de héroe, rebelde o chivo expiatorio, niño perdido y payaso o mascota, para cada uno de los hijos.

Tal como se sostiene en el "Postulado Principal" de esta Memoria, la codependencia como enfermedad familiar no es un constructo viable, debido a que los fenómenos descritos como tales equivalen al fenómeno familiar más general de disfuncionalidad.

El concepto de codependencia sería usado entonces, para describir a uno o más miembros de una familia que asumen características específicas que configuran su identidad en su rol de facilitador con el otro.

Desde el punto de vista anterior, el hacer la distinción del rol de facilitador principal para diferenciarlo de los otros roles familiares posibles, no sería necesario, ya que la codependencia, al no considerarla una enfermedad familiar, no contempla otros roles en su operar.

5.1.- DESCRIPCION DE LOS ROLES EN FAMILIAS DISFUNCIONALES

En las familias funcionales cada miembro puede operar desde la totalidad de su repertorio conductual. El que se traiga a la mano una acción y no otra depende de múltiples variables (características situacionales, estado de ánimo, etc.). Los roles en estas familias son flexibles e intercambiables; el payaso puede mostrarse triste, el rebelde ser regalón, el héroe ser irresponsable, etc.

En las familias disfuncionales, en cambio, al ser la rigidez su característica central, cada miembro se aferra a un patrón comportamental específico que repite indefinidamente. Cada uno se entrampa en sólo una parte de su repertorio conductual que está determinado, a su vez, por los repertorios conductuales de los otros miembros, en un calce perfecto. Así, solamente al observar el operar en conjunto del sistema en su totalidad podemos ver la gama conductual completa.

En este contexto, aquellos roles descritos por lo autores sí se presentarían, pero sin ser representativos de una familia con un trastorno en particular, sino sólo de la disfuncionalidad familiar ante cualquier enfermedad.

6.- CODEPENDENCIA COMO FENOMENO INDIVIDUAL Y SU IMPORTANCIA CLINICA

6.1.- ABORDAJE INDIVIDUAL DEL CONCEPTO

Una de las razones fundamentales para abordar el concepto de codependencia como fenómeno individual, es la frecuencia con que éste se presenta expresándose extrasistémica y transgeneracionalmente.

Por manifestación conductual extrasistémica de la codependencia, nos estamos refiriendo a aquella persona que, a partir de establecer una relación con características particulares con un miembro enfermo, internaliza ese modo de proceder convirtiéndose éste en su repertorio conductual básico, consigo mismo, con el otro y con el mundo. Es un trastorno que tiene su génesis en lo interaccional pero que se independiza del otro, configurando así una identidad con características específicas que lo definen, convirtiéndose entonces en un fenómeno individual. El codependiente se relaciona en sus distintos ámbitos o sistemas (amigos, trabajo, etc.) buscando recrear el sistema dependiente-codependiente que ha generado con el enfermo. Esto se puede expresar de dos maneras diferentes: a) aquella situación en que, paralelamente a vivir la codependencia en la interacción con un miembro enfermo dentro de su propia familia, el codependiente intenta recrear esa interacción en otros sistemas discontinuos al sistema familiar (trabajo, amigos, etc.); y b) aquella situación en que un codependiente ya no está en el ámbito interaccional con el enfermo a partir del cual surgió la codependencia (por desintegración del núcleo familiar,

por independización del codependiente, etc.), pero que, de igual modo, sus conductas se traducen en un intento constante de poder crear de nuevo un sistema como aquél que ya desapareció.

En el primer caso ("a"), la importancia de la observación radica en que aquellos sujetos que operan de esta manera, tienden a tener grandes dificultades de integración y comportamientos inadecuados dentro de otros sistemas, debido a que repiten sus conductas básicas en forma coherente a la relación codependiente-enfermo, cegándose así en relación a las reglas del nuevo sistema en el cual están tratando de insertarse.

Respecto al segundo caso ("b"), Muñoz describe un alto número de consultas de mujeres donde se observa el siguiente patrón recurrente: una mujer que se separa de un alcohólico, se vuelve a casar con un dependiente químico de cocaína, e incluso por tercera vez repite la misma situación; en ese momento consulta cuestionándose si hay algo en ella que la esté haciendo caer repetidamente en el mismo error (Muñoz, 1987).

Por manifestación codependiente extrasistémico-transgeneracional, nos estamos refiriendo a que el fenómeno de la codependencia se presenta en un hijo/s del dependiente o enfermo, quien una vez independizado, y en su etapa adulta, buscará recrear un sistema de codependencia-dependencia en su relación afectiva más significativa; i.e., la hija de un alcohólico que en la adultez se empareja con un dependiente químico o con alguien con otro trastorno en el que ella pueda cumplir el rol que cumplió en su familia de origen.

La frecuencia de los fenómenos descritos anteriormente hace que el concepto de codependencia individual cobre una importancia clínica fundamental.

6.2.- CONFIGURACION DE LA CODEPENDENCIA Y SUS VARIABLES RELEVANTES

Como hemos visto con anterioridad, la hipótesis con respecto a la mayor probabilidad de ocurrencia de este fenómeno a nivel individual, es que éste se daría en el contexto de un sistema familiar que se ha vuelto disfuncional y que ha tenido una respuesta centrífuga, ante una enfermedad o trastorno de otro miembro de la familia, trastorno que tendría que reunir el máximo de variables antes descritas (punto V.1).

El que de un contexto con estas características surja un codependiente y no un facilitador directo, pensamos puede estar relacionado principalmente con dos variables:

i) Variable "Género": Dadas las características de nuestra cultura machista-patriarcal y los roles habituales o más generalizados para los hombres y las mujeres, las posibilidades de una gratificación identificatoria del sobreinvolucramiento implícito en la codependencia, serían significativamente mayores o cualitativamente diferentes para la mujer que para el hombre.

En el macro sistema social, el sistema de significados fundamental que se asigna a lo "femenino", tiene que ver con su pertenencia, cuidado y dedicación a la familia, muy por sobre los

otros sistemas a los cuales la mujer pueda pertenecer, sean estos sociales, laborales, religiosos o políticos. Este modelo social del "deber ser" femenino sin duda tiene efectos configuradores de su identidad. Esta situación es notoriamente diferente para el hombre. En el macrosistema de la cultura occidental, resulta evidente que la importancia y/o pertenencia a un sistema familiar muchas veces es un complemento secundario o un elemento anecdótico de su pertenencia a otros sistemas sociales, particularmente laborales, políticos o de amistades, lo que, sin duda, ayuda a configurar a su vez su identidad en cuanto "hombre".

A partir de lo anterior, se podría postular entonces que, si en una familia disfuncional el miembro facilitador directo es una mujer, por las características atribuibles al género femenino, ésta puede convertirse en codependiente más fácilmente que un hombre bajo las mismas circunstancias.

ii) Variable "Nivel de Patología": Esta variable, que puede operar por sobre la variable de género (aún cuando puede actuar como un elemento complementario), es el grado de rigidez o patología del sistema familiar centrífugo, dado que como se ha observado repetitivamente en la literatura, rigidez o patología se hacen rápidamente sinónimos de carencia de alternativas. Esto hace comprensible que el miembro que funciona en un sistema de esa naturaleza y que tiene el rol de facilitador directo, lo internalice quedándose sin un repertorio conductual alternativo.

Por último, y coherente con esta segunda variable, se podría postular que en un sistema con respuesta centrípeta de especial

gravedad (patología o rigidez), se podría operar de tal forma que todos los miembros facilitadores directos tuvieran alta probabilidad de convertirse en codependientes. Podría parecer una contradicción aparente con el postulado principal, sin embargo, lo que se quiere distinguir es que, aunque la respuesta centrípeta significa una distribución de la responsabilidad, cuando los sistemas operan con altos niveles de rigidez, esa responsabilidad puede ser asumida por cada uno como si tuvieran en sus manos la responsabilidad total y, en último término, la vida misma del otro. Desde ahí puede configurarse el contexto propicio para el fenómeno de codependencia en todos y cada uno de los miembros de esa familia.

6.3.- UTILIDAD CLINICA DEL CONCEPTO DE CODEPENDENCIA

A partir de la confusión que parece existir en la literatura en torno al término de codependencia, resulta legítimo preguntarse, en primer lugar, por la utilidad que podría tener el poder delinear el concepto de tal modo que surja como un trastorno con características específicas y, por lo tanto, reconocibles.

Luego de un análisis exhaustivo del concepto de codependencia, consideramos importante que se distinga como un trastorno reconocible, por los siguientes motivos:

i) La alta incidencia, en el trabajo clínico, de pacientes con un repertorio conductual que calza con las características del codependiente.

ii) La intensidad del fenómeno en cuestión. La codependencia constituye un trastorno con características particulares que determina la forma de operar del individuo que la padece, en todos sus dominios de existencia; es un trastorno que involucra su identidad, su ser en el mundo. Por otra parte, y sumándose a lo anterior, el trastorno tiende a autoperpetuarse en una suerte de fatalidad que conlleva grandes dosis de sufrimiento. Se constituye de este modo, en un "callejón sin salida" para el sujeto afectado.

iii) Las consecuencias que pueda tener para el codependiente y para el clínico, la identificación del trastorno como tal.
Esta identificación significa un alivio para el individuo en la medida en que su sufrimiento tiene relación con algo que no depende exclusivamente de él y que sale del puro dominio de su voluntad. Significa también el reconocimiento del mismo por parte de profesionales que pueden hacer algo al respecto y, por consiguiente, la esperanza de poner fin a él a través del tratamiento. Para el terapeuta, la identificación del trastorno le clarifica su campo de acción y le señala pautas de tratamiento a seguir. La presencia de codependencia en una familia le entrega información al terapeuta en cuanto al nivel de patología presente en ella.

7.- PROPOSICION DE UNA DEFINICION FINAL DE CODEPENDENCIA

A partir del análisis realizado, podemos proponer la siguiente definición de codependencia:

Codependencia: Trastorno individual específico, configurador de la identidad del individuo, caracterizado por un intenso temor al abandono (exclusión o descalificación) y un girar en torno a un otro. De génesis interaccional, surge frente a una respuesta familiar disfuncional particular, ante un determinado tipo de enfermedad o trastorno de otro de sus miembros.

A) Características principales:

- Problemas en las relaciones cercanas o intimas
- Factores de control: locus de control externo y necesidad de control sobre otro
- Dificultades a nivel de los sentimientos
- Negación de sí mismo
- Hiperresponsabilidad
- Negación como mecanismo de defensa.

B) Génesis:

i) El contexto que con mayor probabilidad genera codependencia es aquel donde una familia disfuncional adopta una respuesta centrífuga.

ii) Para que se genere codependencia, es condición necesaria que el trastorno o enfermedad frente al que surge la respuesta familiar disfuncional, cumpla con la condición de cronicidad o perdurabilidad en el tiempo. Sin embargo, esta sola variable, como variable única, hace poco probable la configuración de un codependiente; las probabilidades irán aumentando a medida que se vaya produciendo un intercruce de la variable anteriormente mencionada con las siguientes:

- esperanza de curabilidad asociada
- negación de carácter de enfermedad
- rechazo moral asociado.

VI.- CONCLUSIONES

Conclusiones

El análisis que hemos realizado del concepto de codependencia, nos permite postular que:

- Este concepto distingue un trastorno específico del ser humano a nivel individual, trastorno que reúne un conjunto de características que le son propias.

- El concepto de codependencia familiar se desdibuja en la medida en que se superpone con el concepto de disfuncionalidad familiar y, más específicamente, con la idea de mantención de síntomas desde una perspectiva sistémica.

- La variable de género y la variable de nivel de patología del sistema familiar inciden en el surgimiento de la codependencia. Respecto al género, se esperaría que las mujeres, por la definición que se hace de su identidad desde una cultura patriarcal, sean más vulnerables a presentar este trastorno. En relación al nivel de patología, aumentará la posibilidad de codependencia mientras mayor sea la rigidez del funcionamiento del sistema familiar.

- Existe un contexto familiar específico al cual se asocia una mayor probabilidad de generación de codependencia en uno o más de sus miembros. Este es el de una respuesta familiar disfuncional centrífuga, ante un trastorno o enfermedad de otro de sus miembros.

- Existen patologías específicas que con mayor probabilidad generan contextos familiares propicios para el surgimiento de un codependiente. Estas contienen características que conforman un contexto potenciador del fenómeno, cuales son, cronicidad o perdurabilidad en el tiempo, esperanza de cambio asociada, negación de su carácter de enfermedad y rechazo moral asociado.

2.- Comentario Final

Es interesante comentar que el concepto de codependencia, a pesar de ser un concepto reciente (se mencionó por primera vez el año 1979), ha despertado un interés significativo entre los profesionales que trabajan en el campo de las relaciones humanas. Este interés, sin embargo, no se ha traducido en un número significativo de publicaciones,con la resultante de que la literatura[1] al respecto es escasa.

Esta memoria cubre una revisión de la mayor parte de la literatura existente a la fecha, lo que pensamos otorga una solidez a las conclusiones presentadas. Sin embargo, estas conclusiones son un reflejo de exhaustivo análisis teórico, validadas sólo en la práctica clínica. Consideramos, por lo tanto, que sería altamente interesante abordar éstas como hipótesis a ser investigadas.

---

[1] La dificultad de acceso a la literatura en Chile ha significado que esta Memoria esté basada en literatura obtenida en el extranjero, principalmente Estados Unidos e Inglaterra.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

LIBROS:

BEATTIE, M. Codependents' Guide to the Twelve Steps. Prentice Hall/ Parkside, Nueva York, 1990.

CERMAK, T.L. Diagnosing and Treating Codependence. Johnson Institute Books. Minneapolis, 1986.

COLLINS, R.L., LEONARD, K.E. & SEARLES, J.S. Alcohol and the Family: Research and Clinical Perspectives. Guilford Press, Nueva York, 1990.

DUSEK, D. & GIRDANO, D.A. Drogas: Un Estudio Basado en Hechos. Fondo Educativo Interamericano, México D.F., 1986.

ECO, U. Cómo se hace una Tesis. Gedisa, México, D.F., 1986.

FLORENZANO, R., GAZMURI, C. & CARRASCO, E. Alcoholismo y Farmacodependencias Juveniles en Chile. CPU (Corporación de Promoción Universitaria), Santiago, 1992(a).

GOODWIN, D.W. Is Alcoholism Hereditary? Oxford University Press, Nueva York, 1976.

KORNBLIT, A. Somática Familiar: Enfermedad Orgánica y Familia. Gedisa, México D.F., 1984.

MATURANA, H. El Sentido de lo Humano. Hachette, Santiago, 1991.

MEDICAL PSYCHIATRIST ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, S.A., 1992.

MINUCHIN, S. Familias y Terapia Familiar. Gedisa, Buenos Aires, 1982.

MUÑOZ, A.E. Farmacodependencia -La Enfermedad-. Guadalajara, 1987.

ROGERS, R.L. & Mc. MILLIN, C.S. Si me Amas, Ayúdame: Alcohol y Drogas. Atlantida, Buenos Aires, 1989.

STANTON, M.D., TODD, T.C. & ASSOCIATES. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. The Guilford Press, Nueva York, 1982.

ARTICULOS:

ANGEL, B.R. Codependency. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service, Vol.30, No.8, 47-48, 1992.

APONTE, H.J. & VANDEUSEN, J.M. Structural Family Therapy. Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Handbook of Family Therapy. Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

ARNOLD, L. Codependency. Part I: Origins. Aorn Journal, Vol.51, No.5, 1341-1348, 1990.

ASHER, R. & BRISSET, D. Codependency: A View from Women Married to Alcoholics. The International Journal of the Addictions, Vol.23, No.4, 331-350, 1988.

BODIN, A. M. The Interactional View: Family Therapy Approaches of the Mental Research Institute. Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Handbook of Family Therapy. Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

DEL POZO, M. & MEDINA, A.M. Abuso Sexual Infantil. Seminario curso de post grado de Terapia Familiar, I.T.F. de Stgo, 1-41, 1993.

DRECKMANN, A. & VERA, E. Consideraciones sobre Familias con un Miembro Consumidor de Marihuana. Seminario curso post grado de Terapia Familiar, I.T.F. de Stgo, 1-7, 1985.

EL-GUEBALY, N., STALEY, D., LECKIE, A. & KOENSGEN, S. Adult Children of Alcoholics in Treatment Programs for Anxiety Disorders and Substance Abuse. Canadian Journal of Psychiatry, Vol.37, Oct., 544-548, 1992.

FAUSEL, D.F. Helping the helper Heal: Co-Dependency in Helping Professionals. . Journal of Independent Social Work, Vol.3, No.2, 35-45, 1988.

FINNEGAN, D.G. & McNALLY, E.B. The Lonely Journey: Lesbians and Gay Men Who Are Codependent. Alcoholism Treatment Quarterly, Vol.6, No.1, 121-134, 1989.

FLORENZANO, R., PINO, P., MARCHANDON, A. & SHARAGER, J. Frecuencia de Conductas de Riesgo y su Asociación con Alteraciones Familiares en Adolescentes Escolares en Santiago de Chile. Artículo de difusión del Ministerio de Salud. Santiago, 1992(b).

FRAMO, L.J. The Integration of Marital Therapy with Sessions with Family of Origin. Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Handbook of Family Therapy. Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

FRIEL, J.C. Codependency Assesment Inventory. Journal of Drug and Alcohol Dependence, Vol. Mayo-Junio, 21-22, 1985.

GOMBERG, D.W. On Terms Used and Abused: The Concept of "Codependency". Drugs and Society, Vol.3, 113-132, 1989.

GIERYMSKI, T. & WILLIAMS, T. Codependency. Journal of Psychoactive Drugs, Vol.18, No.1, 1986.

HAAKEN, J. A Critical Analysis of the Co-dependence Construct. Psychiatry, Vol.53, Nov., 396-406, 1990.

HERRICK, C.A. Co-dependency: Characteristics, Risks, Progression and Strategies for Healing. Nursing Forum, Vol.27, No.3, 12-19, 1992.

KUNTSMANN, G & RAMOS, P. Reflexiones sobre Sistemas. 1-7, 1988, (mimeografiado).

LE POIRE, B.A. Does Codependence Encourage Substance-Dependent Behavior? Paradoxical Injunctions in the Codependent Relationship. The International Journal of the Addictions, Vol.27, No.12, 1465-1474, 1992.

MARTIN, D. A Review of the Popular Literature on Codependence. Federal Legal Publications, Inc. 1989.

MENDENHALL, W. Codependency Definitions. Alcoholism Treatment Quarterly, Vol.6, 3-17, 1989.

MENDENHALL, W. Codependency Treatment. Alcoholism Treatment Quarterly, Vol.6, 75-86, 1989.

MENDEZ, C.L., CODDOU, F. & MATURANA, H. The Bringing Forth of Pathology. The Irish Journal of Psychology, Vol.1, 144-172, 1988.

MILLER, N.S. & MILLMAN, R.B. A Common Cause of Alcoholism. Journal of Substance Abuse, Vol.6, 41-43, 1989.

MONTGOMERY, P. & JOHNSON, B. The Stress of Marriage to an Alcoholic. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service, Vol.30, No.10, 12-16, 1992.

MORGAN, J.P. What is Codependency. Journal of Clinical Psychology, Vol.47, No.5, 720-729, 1991.

MULDRY, J.T. Codependency: a Family Addiction. American Board of Family Practice, Vol.5, No.4, 215-219, 1987.

MYER, R.A., PETERSON, S.E. & STOFFEL-ROSALES, M. Co-Dependency: An examination of the Underlying Assumptions. Journal of Mental Health Counseling, Vol.13, No.4, 449-458, 1991.

NEVILLE-JAN, A., BRADLEY, M., BUNN, C. & GEHRI, B. The Model of Human Occupation and Individuals with Co-Dependency Problems. Occupational Therapy in Mental Health, Vol.11:2/3, 73-97, 1991.

OBERG, S.W. Co-Dependence: Is the Smile on your Face Real? CDS Review, December, 30-33, 1991.

O'BRIEN, P.E. & GABORIT, M. Codependency: A Disorder Separate from Chemical Dependency. Journal of Clinical Psychology, Vol.48, No.1, 129-136, 1992.

PEMJEAN, A. La Infancia y los Problemas derivados del Alcohol, las Drogas y el Tabaco. Diagnóstico nacional y elaboración del plan de acción para el decenio (1991-2000). Informe del Ministerio de Salud para Proyecto de Prevención en Alcohol y Drogas, Santiago, 1991.

POTTER-EFRON, R.T. & POTTER-EFRON, P.S. Assesment of Co-Dependency with Individuals from Alcoholic and Chemically Dependent Families. Alcoholism Treatment Quarterly, Vol.6, 37-57, 1989.

PREST, L.A. & STORM, C. The Codependent Relationships of Compulsive Eaters and Drinkers: Drawing Parrallels. The American Journal of Family Therapy, Vol. 16, No.4, 1988.

ROMAN, P.M., BLUM, T.C. & MARTIN, J.K. "Enabling" of Male Problem Drinkers in Work Groups. British Journal of Addiction, Vol.87, 275-289, 1992.

SCHILKRUT, R. Descripción de un programa integral de diagnóstico y tratamiento de la dependencia química -bases biológicas y psicológicas-. Presentación IV Congreso de la Sociedad Médica del Norte, Arica, Agosto, 1991.

SCHILKRUT, R. y cols. Pharmacotherapy in a Chemical Dependency Program. Actas XVII, Congreso C.I.N.P., Niza, Junio, 1992.

SLUZKI, C.E. Proceso de Producción y Pautas de Mantenimiento de Síntomas. Terapia Familiar, Vol.6, No.12, 1983.

SMALLEY, S. Dependency Issues in Lesbians Relationships. Journal of Homosexuality, Vol.14, No.1/2, 125-135, 1987.

SMALLEY, S & COLEMAN, E. Treating Intimacy Disfunctions in Dyadic Relationships Among Chemically Dependents and Codependents Clients. Journal of Chemical Dependency Treatment, Vol.1, 229-243, 1987.

STANTON, M.D. Strategic Approaches to Family Therapy. Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Handbook of Family Therapy. Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

STEINGLASS, P. The Conceptualization of Marriage from a Systems Theory Perspective. Paolino, T. & McCrady, B. Marriage and Marital Therapy. Brunner/Mazel, Nueva York, 1978.