



# Estudio sobre la codependencia y su influencia en las conductas de riesgo psicosocial de jóvenes brasileños de 14 a 19 años

Rosanna Mazzarello Martins D'Angelo

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Universitat de Barcelona

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL

Programa de doctorado  
INFLUENCIA SOCIAL: RELACIONES, PROCESOS Y EFECTOS.

**ESTUDIO SOBRE LA CODEPENDENCIA Y SU  
INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS DE  
RIESGO PSICOSOCIAL DE JÓVENES  
BRASILEÑOS DE 14 A 19 AÑOS.**

Tesis doctoral presentada por **Rosanna Mazzarello Martins D'Angelo**

Directora

**Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menéndez Montañés**

Co-directora

**Dra. Juana Gómez Benito**

Tutor

**Dr. Xavier Serrano Blasco**

**Barcelona, 2012**



*"Cuando se da satisfacción al deseo, el hábito se refuerza, y cuando el hábito no encuentra resistencias a su crecimiento, se transforma en una urgencia compulsiva. Tales eran las fuertes cadenas que me oprimían"*

*San Agustín*

## DEDICATORIA

A Dios, inicio y fin, el camino, la verdad y la vida.  
A mi familia, para aquellos que están y para los que se fueron, siempre serán mi apoyo.  
A los jóvenes adolescentes cuya participación desinteresada viabilizó este trabajo.  
A mis amigos, aquellos que tienen estado conmigo en los momentos difíciles y en los buenos tiempos.





## AGRADECIMIENTOS

Dios, Jesús y la Virgen quienes son mi inspiración y mi fuerza para sacar adelante este proyecto de investigación.

A mis padres Antônio (In Memoriam) y M<sup>a</sup> José, por todo lo que soy, por estar dónde estoy, por su ejemplo de tenacidad, rectitud y perseverancia. Por sus oraciones y amor que confortaron mi corazón a pesar de la distancia, “saudade” y ausencia.

A Joaquim, mi marido, por su paciencia y apoyo en los momentos más difíciles, aun cuando parecía no haber solución.

A tía Carminha (In Memoriam), quien fue la mayor responsable por yo haber emprendido esta aventura del otro lado del Atlántico.

A mis hermanos Giovanni, Pilar, Toninho, Adriana, Ana Lúcia, Alessandra y Flávia, que desde lejos demostraban lo orgullosos que estaban de mí incentivándome con amor y cariño. En especial, Adriana, quien me mostró el libro que dio inicio a esta investigación, Alessandra y Ana Lúcia con sus palabras y apoyo espiritual, y tía Celita y tía Zélia (In Memoriam) por sus incansables oraciones. A mis cuñados, sobrinos, tíos y primos por su cariño.

De manera especial a la Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menéndez Montañés, mi directora de tesis, que con su mentalidad abierta creyó en mi trabajo dándome ánimos desde el inicio de este proyecto. Por su entusiasta dedicación, actitud de disponibilidad y acertadas orientaciones en los múltiples aspectos para la realización de esta tesis.

A la Dra. Juana Gómez Benito, mi codirectora de tesis, por su colaboración, sugerencias y supervisión en los aspectos metodológicos. Al Dr. Xavier Serrano Blasco, mi tutor, por aceptar serlo, por su apoyo en el Departamento de Psicología Social.

Al Dr. Ángel Aguirre, mi tutor y defensor del DEA.

Al Ms Prof. Geraldo Luiz (In Memoriam), mi amigo, por su entusiasmo e interés desde los primeros borradores de mi proyecto; por su apoyo, disponibilidad y valiosa colaboración en la investigación de campo.

A mis amigas Montse (In Memoriam) y Disnalda (mi mamá española), que me brindaron una afectuosa y sincera amistad.

A mis amigos Alessandra y Tody, quien de una cierta manera fueron los responsables por el comienzo de este doctorado. A Caio, Carlos Mario, Elaine, Heloisa, Fernando, Gina, Giovana, Luis, Pablo, Sjur, Wilma y Yelixa quienes pusieron un granito de arena de alguna forma para que esto llegar a buen fin.

A las estudiantes en prácticas, que con su entusiasmo ayudaron en la colecta de datos.

A los adolescentes voluntarios que han hecho posible mi trabajo.

A los responsables de las instituciones que brindaron la oportunidad y la confianza para trabajar en ellas.

## ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	XVII
Abstract .....	XIX
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>21</b>
1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
2. PLANTEAMIENTO Y SIGNIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	24
3. EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
4.1. Objetivos generales.....	29
4.2. Objetivos específicos .....	30
<b>PARTE I: MARCO GENERAL EN EL QUE SE UBICA EL TRABAJO .....</b>	<b>33</b>
<b>Capítulo I.....</b>	<b>35</b>
LA CODEPENDENCIA.....	35
1. Aproximación conceptual.....	35
2. El contexto histórico psicosocial, cultural y político de la codependencia.....	36
3. El nacimiento del constructo codependencia.....	40
4. Definiciones de codependencia .....	43
5. Los síntomas y características atribuidos a la codependencia .....	45
6. Algunos modelos de la etiología de la codependencia .....	47
7. ¿Quiénes son las personas afectadas por la codependencia? .....	49
8. Los instrumentos de evaluación de la codependencia .....	50
9. La recuperación de la codependencia .....	52
10. Los tratamientos y las intervenciones.....	53
10.1. Los 4 pasos de Melody et al. ....	53
10.2. El programa de tratamiento de Potter-Efron y Potter-Efron.....	55
10.3. El modelo de tratamiento de Mendenhall.....	56
11. El futuro de la codependencia.....	58
12. Las críticas al constructo .....	59
13. La codependencia en España .....	60
14. La codependencia en Brasil.....	65
<b>Capítulo II.....</b>	<b>71</b>
CONTEXTOS SOCIOAMBIENTALES Y CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL DE JÓVENES EN BRASIL.....	71
1. Introducción.....	71
2. El desarrollo evolutivo de la adolescencia.....	73
2.1. Conceptualización y definición de la adolescencia .....	74
2.2. El desarrollo de la adolescencia .....	74
2.2.1. El desarrollo físico: La pubertad.....	75
2.2.2. El desarrollo cognitivo .....	76
2.2.3. El desarrollo de la personalidad .....	80
2.2.4. El desarrollo emocional .....	83

2.2.5. El desarrollo social .....	87
3. El adolescente y los factores relacionados con las conductas de riesgo psicosociales.....	93
3.1. El Trastorno de la Conducta .....	97
3.2. La Dependencia de Sustancia .....	99
3.3. El Abuso de Sustancia .....	101
4. El contexto sociopolítico sobre la violencia en Brasil.....	102
5. El perfil del joven brasileño .....	109
6. El perfil de los adolescentes cumpliendo medidas socio educativas.....	117
7. El consumo nocivo del alcohol y de las drogas.....	118
7.1. El consumo de drogas mundial .....	118
7.2. El consumo de drogas entre los jóvenes en América del Sur .....	118
7.3. El consumo de drogas en Brasil.....	119
7.4. El consumo de alcohol entre los jóvenes brasileños .....	123
8. La ciudad de São João del-Rei .....	128
8.1. La violencia, las drogas y los jóvenes en São João del-Rei .....	130
<b>PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO.....</b>	<b>137</b>
<b>Capítulo III.....</b>	<b>139</b>
ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO SOBRE LA CODEPENDENCIA .....	139
1. Introducción .....	139
2. Metodología .....	141
2.1. Procedimiento de selección de información sobre el tema de estudio .....	142
2.2. Localización y selección de fuentes en PsycINFO .....	143
3. La información seleccionada: compilación y organización .....	143
3.1. Los documentos seleccionados .....	144
3.2. Unidades de análisis y Leyes bibliométricas aplicadas.....	145
4. Resultados .....	146
4.1. Año de publicación: Talla y crecimiento de la productividad de codependencia ...	146
4.2. Tipo de publicación, frecuencia y evolución de los mismos .....	147
4.3. La colaboración entre los autores.....	147
4.4. La Productividad y relevancia de los autores.....	149
4.5. Los productores más productivos: análisis de sus trabajos y de las citas recibidas .	152
4.6. Instituciones a las cuales los autores están vinculados .....	161
4.7. Las universidades a las cuales los autores están vinculados .....	162
4.8. Países .....	164
4.9. Las revistas más relevantes en las que se publican los trabajos.....	165
4.10. El análisis del contenido temático a través de las Palabras Clave .....	166
4.11. La metodología utilizada en los trabajos publicados .....	167
4.12. El análisis del contenido temático a través de las categorías de clasificación de la Base de Datos.....	168
4.13. Las categorías de edad de las muestras .....	170
5. Los instrumentos desarrollados para evaluar codependencia.....	170
5.1. La Spann-Fischer Codependency Scale.....	172
5.2. El Codependency Assessment Questionnaire .....	174
5.3. El Friel Co-dependency Assessment Inventory .....	176
6. La aplicación de estos instrumentos .....	179

7. El uso de los instrumentos en España.....	183
8. Discusión, conclusiones e implicaciones.....	183
9. Limitaciones y dificultades del estudio .....	188
<b>Capítulo IV.....</b>	<b>191</b>
ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE LA CODEPENDENCIA Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL DE LOS JÓVENES BRASILEÑOS .....	191
1. Desarrollo de las hipótesis de trabajo .....	191
2. Metodología.....	192
2.1. Procedimiento para la selección de las variables investigadas.....	192
2.2. Procedimiento para la obtención, selección y descripción de la muestra.....	194
2.3. Diseño de la muestra .....	196
2.4. Instrumentos de recolección de información.....	197
2.4.1. Cuestionario demográfico de elaboración propia.....	198
2.4.2. Escala SF CDS (Spann-Fischer Codependency Scale – Fischer, Spann & Crawford, 1991).....	199
2.4.3. Cuestionario CAQ (Codependency Assessment Questionnaire – Potter-Efron & Potter-Efron, 1989). .....	199
2.4.4. Criterios diagnóstico para el Abuso de Sustancia (DSM-IV-TR™, 2002). ....	200
2.4.5. Criterios diagnóstico para la Dependencia de Sustancia (DSM-IV-TR™, 2002).. .....	201
2.4.6. Criterios diagnósticos para Trastornos de Conducta (DSM-IV-TR™, 2002)..	201
2.5. Procedimiento para elaboración y análisis de datos .....	201
3. Elaboración y análisis de los resultados .....	202
3.1. Agrupación y categorización de las variables de la investigación.....	203
3.2. Resultados del análisis estadístico y contraste de las hipótesis de trabajo.....	207
3.2.1. Caracterización de la muestra .....	207
3.2.2. Contraste de hipótesis.....	211
4. Resumen y discusión de los resultados.....	230
4.1. Resumen.....	230
4.2. Discusión de los resultados.....	233
5. Conclusiones e implicaciones.....	238
6. Limitaciones del estudio .....	239
<b>Capítulo V .....</b>	<b>241</b>
CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS .....	241
1. Conclusiones y aportaciones personales.....	242
2. Relevancia e importancia científica de los resultados obtenidos de la investigación realizada.....	257
3. Nuevas perspectivas y posibilidades de investigación futura .....	259
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>261</b>

## CD ANEXOS

Todos los anexos se encuentran adjuntos en CD.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de la estructura de investigación de la tesis doctoral. ....	29
Figura 2. Definición y características de las dependencias sentimentales. ....	64
Figura 3. Tasa de homicidio de São João del-Rei - Brasil 2006. ....	105
Figura 4. Índice de victimización juvenil de São João del-Rei - Brasil, 2006. ....	106
Figura 5. Tasa de morbilidad y mortalidad por causas externas de los jóvenes de 15 a 19 años en São João del-Rei en 2006. ....	107
Figura 6. 35 millones de jóvenes brasileños de 10 a 19 años según IBGE, Censo Demográfico 2000. ....	108
Figura 7. Perfil del “patrón de beber” del brasileño. ....	125
Figura 8. Edad en que el joven brasileño empieza a consumir alcohol. ....	126
Figura 9. Consumo de alcohol entre los adolescentes según el género. ....	127
Figura 10. Frecuencia del "brinking" del joven brasileño. ....	127
Figura 11. Mapa de São João del-Rei - MG - Brasil. ....	128
Figura 12. São João del-Rei - Minas Gerais. ....	129
Figura 13. Población estimada de São João del-Rei de 15 a 19 años, en 2009. ....	130
Figura 14. Noticia: “la población san-juanense se manifiesta contra la violencia.” ..... 133	133
Figura 15. Colaboración científica interinstitucional. ....	162
Figura 16. Codependencia: posibles factores predisponentes y consecuencias. ....	192
Figura 17. Codependencia: factores predisponentes y consecuencias evaluados en la investigación realizada. ....	193
Figura 18. Nuestro modelo de relación entre codependencia y las conductas de riesgo psicosocial en los jóvenes adolescentes. ....	246
Figura 19. Propuesta de los cuatro ámbitos a trabajar. ....	256

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución temporal de la producción (por décadas). .....	146
Gráfico 2. Evolución temporal de la productividad por año.....	147
Gráfico 3. Tipo de publicaciones. ....	147
Gráfico 4. Evolución temporal de los tipos de documentos. ....	147
Gráfico 5. Distribución de firmas por trabajos .....	148
Gráfico 6. Evolución de colaboración entre los autores. ....	148
Gráfico 7. Disfunción familiar versus media de Áreas CAQ comprometidas.....	212
Gráfico 8. Género versus SF CDS. ....	213
Gráfico 9. Religión versus Codependencia SF CDS. ....	214
Gráfico 10. Escolaridad versus Codependencia SF CDS .....	215
Gráfico 11. Renta familiar versus Codependencia SF CDS. ....	216
Gráfico 12. Institución versus Codependencia SF CDS. ....	218
Gráfico 13. Trastorno de conducta versus Codependencia SF CDS. ....	221
Gráfico 14. Abuso de Sustancia versus Codependencia SF CDS.....	222
Gráfico 15. Dependencia de Sustancia versus SF CDS versus puntos Codependencia SF CDS.....	223
Gráfico 16. Representación grafica en porcentaje Institución versus Codependiente CAQ. .....	224
Gráfico 17. Representación grafica en porcentaje Institución versus Trastorno de conducta. ....	226
Gráfico 18. Representación grafica en porcentaje Institución versus Abuso de Sustancia. .....	227
Gráfico 19. Representación grafica en porcentaje Institución versus Dependencia de Sustancia. ....	228

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Algunas definiciones más relevantes de codependencia. ....	44
Tabla 2. Instrumentos para evaluar la codependencia encontrados en la revisión de la literatura. ....	51
Tabla 3. Investigaciones realizadas en adolescentes brasileños entre 2000 y 2009. ....	96
Tabla 4. Adolescentes aprehendidos de 1999 a 2008 por el batallón de la Policía Militar en São João del-Rei. ....	131
Tabla 5. Distribución de números de firmas por trabajo. ....	148
Tabla 6. Representación del porcentaje de autores y de firmas según el grado de productividad del modelo de Bradford. ....	149
Tabla 7. Frecuencia de la productividad de los autores según Cole y Cole (1973) y Lotka (1926). ....	150
Tabla 8. Autores más productivos (12,7%) en PsycINFO sobre codependencia, en el periodo 1981 a 2008, y sus clasificaciones según Cole y Cole (1973). ....	151
Tabla 9. Análisis de la producción publicada en PsycINFO sobre codependencia de los moderados y pequeños productores (1981 a 2008). ....	152
Tabla 10. Frecuencia de firmas por Institución. ....	161
Tabla 11. Frecuencia de las firmas por universidades según Cole y Cole, y Lotka. ....	162
Tabla 12. Frecuencia de las firmas por universidades según Bradford. ....	163
Tabla 13. Universidades que más publican (30,3%). ....	163
Tabla 14. Países de los autores. ....	164
Tabla 15. Evolución temporal de la productividad de los países. ....	165
Tabla 16. Distribución de la frecuencia de las revistas. ....	165
Tabla 17. Frecuencia de las 34 revistas (25%) que más publicaron. ....	166
Tabla 18. Distribución de la frecuencia de los descriptores establecidos para agrupar las palabras claves. ....	167
Tabla 19. Metodología utilizada en los documentos. ....	168
Tabla 20. Clasificación de los documentos por categorías y códigos PsycINFO. ....	169
Tabla 21. Distribución de categoría de Edad de las muestras. ....	170
Tabla 22. Los instrumentos para evaluar codependencia. ....	171
Tabla 23. Proceso de la obtención de valores a las respuestas de los ítems Disfunción familiar 1 a 5 del EXCEL a SPSS. ....	205
Tabla 24. Distribución de las características demográficas de los participantes en su totalidad. ....	207
Tabla 25. Distribución de las características predisponentes a la codependencia. ....	208
Tabla 26. Estadísticos de grupo Disfunción familiar versus Áreas CAQ. ....	211
Tabla 27. Prueba t Student Disfunción familiar versus media de Áreas CAQ comprometidas. ....	212
Tabla 28. Estadísticos de grupo Género versus Codependencia SF CDS. ....	213
Tabla 29. Prueba t de muestras independientes Género versus Codependencia SF CDS. ....	213

Tabla 30. Estadísticos descriptivos Edad versus Codependencia SF CDS.....	214
Tabla 31. Correlaciones Edad versus Codependencia SF CDS.....	214
Tabla 32. Estadísticos descriptivos Religión versus Codependencia SF CDS.....	214
Tabla 33. Anova Religión versus Codependencia SF CDS.....	215
Tabla 34. Descriptivos Escolaridad versus Codependencia SF CDS. ....	215
Tabla 35. Anova Escolaridad versus Codependencia SF CDS.....	216
Tabla 36. Descriptivos Renta familiar versus Codependencia SF CDS .....	216
Tabla 37. Anova Renta familiar versus Codependencia SF CDS.....	217
Tabla 38. Estadístico de grupo Institución versus Codependencia SF CDS.....	217
Tabla 39. Prueba t de Student de muestras independientes Institución versus Codependencia SF CDS.....	218
Tabla 40. Descriptivos Anova Áreas CAQ versus niveles Codependencia SF CDS. ....	219
Tabla 41. Prueba de homogeneidad de varianzas. ....	219
Tabla 42. Anova Áreas comprometidas CAQ versus niveles Codependencia SF CDS..	220
Tabla 43. Estadísticos de grupo Trastorno de conducta versus puntos Codependencia SF CDS.....	221
Tabla 44. Prueba de muestras independientes Trastorno de conducta versus SF CDS. ...	221
Tabla 45. Estadísticos de grupo abuso de sustancia versus puntos Codependencia SF CDS.....	222
Tabla 46. Prueba de muestras independientes Abuso de Sustancia versus puntos Codependencia SF CDS.....	222
Tabla 47. Estadísticos de grupo Dependencia de Sustancia versus puntos Codependencia SF CDS .....	223
Tabla 48. Prueba de muestras independientes Dependencia de Sustancia versus puntos Codependencia SF CDS.....	223
Tabla 49. Recuento Institución versus Codependiente CAQ.....	224
Tabla 50. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Codependiente CAQ. ....	225
Tabla 51. Estimación de riesgo Institución versus Codependencia CAQ. ....	225
Tabla 52. Recuento Institución versus Trastorno de conducta. ....	225
Tabla 53. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Trastorno de conducta. ....	226
Tabla 54. Estimación de riesgo Institución versus Trastorno de conducta.....	226
Tabla 55. Recuento Institución versus Abuso de Sustancia. ....	227
Tabla 56. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Abuso de Sustancia. ....	227
Tabla 57. Estimación de riesgo Institución versus Abuso de Sustancia. ....	228
Tabla 58. Recuento Institución versus Dependencia de Sustancia. ....	228
Tabla 59. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Dependencia de Sustancia. ....	228
Tabla 60. Estimación de riesgo Institución versus Dependencia de Sustancia.....	229
Tabla 61. Resumen de los resultados.....	230
Tabla 62. Algunas investigaciones realizadas sobre resiliencia en adolescentes. ....	249

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- A.A. - Alcohólicos Anónimos  
ABEAD - *Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas*  
ACA - Hijo Adulto  
ACoA - Hijos Adultos de Alcohólicos  
ACoDF - Hijos Adultos de las Familias Disfuncionales  
ADAMHA - *Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration*  
Al-Anon - Grupo de Familiares Al-Alon  
APA - *American Psychological Association*  
APADEQ - *Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos*  
ASAM - *American Society of Addiction Medicinal*  
BD - Bases de Datos  
BPM - *Batalhão de Polícia Militar*  
CAI - *Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory*  
CAQ - *Codependency Assessment Questionnaire*  
CBp-25 - Cuestionario de Bidependencia  
CD - Co-dependencia  
CD - Codependencia  
CDQ - *Codependent Questionnaire*  
CEBRID - *Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas*  
CEPES - *Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*  
CIC - *Centro de Informação sobre a cidade de São João del-Rei*  
CICAD - *Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas*  
CID-10 - Clasificación Internacional de las Enfermedades  
CoDA - Co-dependientes Anónimos  
CONAD - *Conselho Nacional Antidrogas*  
CRAS - *Centro de Referência de Assistência Social*  
CRPS - Conductas de Riesgo Psicosocial  
CSJ-CER - *Consórcio Social da Juventude – Caminhos da Estrada Real*  
D.E. - Dependencia Emocional  
D.R. - Dependencias Relacionales  
DSM-IV-TR<sup>TM</sup> - Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV Revisado  
FST- *Family Systems Theory*  
IBGE - *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*  
ICD-10 - Clasificación Internacional de Enfermedades  
NACoA - *National Association for Children of Alcoholics*  
NIAAA - *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*  
OMS - Organización Mundial de la Salud  
ONUDD - Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

PCP - Fenciclidina

PNAD - *Política Nacional sobre Drogas*

Proerd - *Programa Educacional de Resistência às Drogas*

S.M. - Sueldo Mínimo

SEDESE - *Secretaria de Desenvolvimento Social e Esporte*

SENAD - *Secretaria Nacional de Política sobre Drogas*

SF CDS - *Spann-Fischer Codependency Scale*

SIM - *Sistema de Informações sobre Mortalidade*

SISNAD - *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas*

SJDR - *São João del-Rei*

SPS/MS - *Secretaria de Políticas de Saúde*

SUS - *Sistema Único de Saúde*

TDS-100 - Test de Dependencias Sentimentales

UFSJ - *Universidade Federal de São João del-Rei*

UNIFESP - *Universidade Federal de São Paulo*

UNODC - Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*



## Resumen

El objetivo de esta tesis consiste en conocer el estado del arte existente sobre el constructo codependencia (CD) y su influencia en las conductas de riesgo psicosocial de los jóvenes brasileños. El estudio se dividió en dos fases. En la primera se realizó un Análisis Bibliométrico de la literatura científica existente sobre CD a través de una búsqueda documental en la Base de Datos PsycINFO, 433 documentos recopilados. Los resultados demuestran que este novedoso constructo acumula escasos autores moderados y una gran diversidad en las variables investigadas. La mayoría de los autores son transeúntes y afiliados a universidades. Este análisis permitió delimitar el ámbito de estudio, los núcleos temáticos, los autores más relevantes, la estructura social e intelectual subyacente en dicho campo. Igualmente se evidenció la inexistencia de investigaciones vinculadas con el tema específico de esta tesis. En la segunda fase se contó con una muestra de 53 jóvenes brasileños (14 a 19 años), un 54,7% con conductas de riesgo psicosocial, que respondieron a un cuestionario socio-demográfico, dos instrumentos de evaluación de CD, el *Spann-Fischer Codependency Scale* de Fischer, Spann y Crawford (1991) y el *Codependency Assessment Questionnaire* de Potter-Efron y Potter-Efron (1989), y los criterios diagnósticos del DSM-IV-R-TR<sup>TM</sup> para Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia. Los resultados indicaron que la CD está significativamente relacionada con el Trastorno de Conducta y con la Disfunción familiar, pero no con el Abuso y la Dependencia de Sustancia ni con características demográficas tales como género, edad, renta familiar, escolaridad o religión. A partir de los hallazgos, se propone un enfoque preventivo hacia la intervención psicosocial de estos jóvenes brasileños y su entorno basado prioritariamente en el fomento de la resiliencia.

**Palabras Clave:** Codependencia, Análisis bibliométrico, Jóvenes, Conductas de Riesgo Psicosocial.



## **Abstract**

The objective of this thesis is to know the existing state of the art on the codependency construct (CD) and its influence on psychosocial risk behavior of young Brazilians. The study was divided in two phases. In the first phase a bibliometric analysis of the scientific literature on CD through a literature search in the PsycINFO database was carried out, 433 documents were collected. The results show that this new construct accumulates few authors of a moderate level of scientific production and a wide diversity of the variables investigated. The majority of the authors are affiliated with universities, and their contribution in this field is transitory. This analysis allowed defining the scope of study, the core theme, the most relevant authors, and the social and intellectual structure underlying the field. It also showed the lack of research related to the specific topic of this thesis. In the second phase was included a sample of 53 Brazilian youths (14-19 years), 54.7% with psychosocial risk behaviors, responding to a socio-demographic questionnaire, two assessment instruments; the Spann-Fischer Codependency CD Scale Fischer, Spann, and Crawford (1991) and the Codependency Assessment Questionnaire Potter-Efron and Potter-Efron (1989), and the diagnostic criteria of DSM-IV-R-TRTM for Conduct disorder, Substance Abuse and Substance Dependence. The results indicated that the CD is significantly related to conduct disorder and family dysfunction, but not with the Abuse and Substance Dependence or with demographic characteristics such as gender, age, family income, education or religion. From the findings, we propose a proactive approach to psychosocial intervention for these young Brazilians and their environment based primarily on resilience.

**Keywords:** Codependency, Bibliometric analysis, Young, Risk Behavior  
Psychosocial.



## INTRODUCCIÓN



## 1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de adentrar en los temas de este proyecto presento algunos antecedentes personales que sirven para justificar mi tesis.

Actuando como psicóloga clínica con niños, adolescentes y sus familiares, me incliné hacia una psicología clínica familiar dentro de un contexto social. Con base en mi experiencia profesional y personal he podido observar que tras una relación afectiva disfuncional, un profesional sin éxito, problemas de relación en general (amistad, familiar, profesional, con la vida propia) o un problema de salud psicosomático, había algo relacionado íntimamente con la historia de vida; en como uno había aprendido a manejar las frustraciones, las carencia primarias, los soportes familiares, etc. Parecía ser que un déficit en estas áreas era la razón de los desajustes personales y familiares, profesionales, afectivos, personales, conductuales, etc.

En el curso de Influencia Social – Relaciones, Procesos y Efectos he podido conocer disciplinas de gran relieve para la reflexión teórica sobre la economía del afecto en el grupo familiar y social, objetivando la salud mental, social, económica y física. Dicho curso me proporcionó herramientas teóricas y argumentaciones para este estudio, con el cual me propongo adentrarme en la dinámica de los afectos, la familia, el ámbito social y las *conductas de riesgo psicosocial*.

También algunos libros<sup>1</sup> iban conduciendo mis ideas hasta que encontré “el nombre del problema” en un libro<sup>2</sup> de Melody Beattie. Este libro constituye en un clásico de autoayuda sobre el tema. Encontré allí definiciones de *codependencia* que son acordes con mis ideas y que estimularon mi investigación y persistencia en ese tema.

---

<sup>1</sup> “El Caballero de la Armadura Oxidada”, “La Princesa que Creía en los Cuentos de Hadas”, “Revolucione Sua Qualidade de Vida. Navegando nas Águas da Emoção”, “¿Quién Se Ha Llevado Mi Queso? – Cómo Adaptarnos a un Mundo en Constante Cambio.”, “Quem Ama, Educa!”, “Disciplina, Limite na Medida Certa.”, “Anjos Caídos – Como Prevenir e Eliminar as Drogas na Vida do Adolescente.”, “Reinventa Tu Vida.”, “Quiero Ser Libre - De la Codependencia a la Coparticipación Positiva.”

<sup>2</sup> “Co-Dependência Nunca Mais – Pare de Controlar os Outros e Cuide de Você Mesmo.”

## 2. PLANTEAMIENTO Y SIGNIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Desde hace unos años se utiliza el término codependencia en el ámbito psicológico. Cuando se analiza en este contexto se observa la existencia de mucha literatura en la que se observa cómo cada autor otorga un significado y unos límites al concepto, en función de su experiencia profesional y su visión. Tal constructo parece estar de moda en ciertos contextos de intervención psicológica en riesgo de carácter psicosocial. Una aproximación conceptual crítica parece necesaria.

Podemos observar tal panorama en algunas de las definiciones pioneras extraídas del libro *Co-dependência Nunca Mais.*, incluyendo la de la autora, Beattie:

*En un artículo del libro Co-Dependency. An Emerging Issue, Robert Subby escribió que codependencia es: 'Una condición emocional, psicológica y comportamental que se desarrolló como resultado de la exposición de un individuo a – y a la práctica de – un conjunto de reglas opresivas que evitan la manifestación abierta de sentimientos y la discusión directa de problemas personales e interpersonales. (Beattie, 1987/1998, p. 45)*

*Earnie Larsen, otro especialista en codependencia y pionero en este campo, define la codependencia como: "Aquellos comportamientos aprendidos y derrotistas o defectos de carácter que resultan en una reducida capacidad de iniciar o participar de relaciones afectivas". (Beattie, 1987/1998, p. 45)*

*La persona codependiente es aquella que ha permitido que su vida se vea afectada por la conducta de otra persona, y que esta obsesionada tratando de controlar esa conducta. (Beattie, 1987/1998, p. 49)*

Desde las definiciones de codependencia podemos esperar una visión comprensiva de un fenómeno de nuestro tiempo, como lo es la problemática de personas que son incapaces de dirigir sus propias vidas con un sentido propio. Su sentido de la vida viene a través de la aprobación de los demás, a través del éxito o fracaso del otro. Adultos encorralados en sus infancias y/o en convivencias disfuncionales continúan pensando, sintiendo y actuando como si fueran niños. Este fenómeno parece ser que provoca que las personas se priven de la autorrealización personal, imposibilitándolas a ser agentes de cambio de sí mismos y de su entorno.

La codependencia parece reflejar un patrón disfuncional aprendido en la forma de relacionarse con el otro y con la vida, con conductas autodestructivas que pasa de padres a hijos, de pareja a pareja. Al manifestar en el ámbito de las relaciones, tal fenómeno compromete a todo el funcionamiento del individuo (familiar, afectivo, profesional y

social). En un efecto dominó implicaría a la familia y a sociedad en general, sin discriminación de edad, género o etnia. Sus consecuencias dañan al sistema social, causando muerte accidental por Abuso de Sustancia, enfermedades infecciosas, cárcel, homicidios, ingreso hospitalario, prisión domiciliar, violencia familiar, malos tratos, acoso – infantil, laboral y escolar. La codependencia parece ser un fenómeno ante todo progresivo y a veces fatal; pero, sin embargo es tratable y su recuperación es posible, ya que todo indica que el individuo puede responder positivamente al tratamiento adecuado.

De lo expuesto arriba surgieron reflexiones e indagaciones que derivaron preguntas como:

- Codependencia es:
  - ¿Una característica de personalidad?
  - ¿Un estilo de personalidad?
  - ¿Un trastorno de personalidad?
  - ¿Un comportamiento aprendido?
  - ¿Una falta de estrategias de afrontamiento?
  - ¿La resultante de la ausencia de autonomía personal?
  - ¿Implica la falta de autoestima?
  - ¿Es un concepto utilizado en el ámbito profesional y/o ámbito de investigación científica?
  - ¿Se puede prevenir?
  - ¿Cómo actuar?
  - ¿En que situaciones emerge la codependencia en relación con la problemática de personas próximas (padres, hermanos, compañeros, parejas)?
  - ¿Existe un perfil psicosocial del joven codependiente?
  - ¿Qué relaciones tienen las características de codependencia con ciertas conductas de riesgo psicosocial?

Es importante acentuar que, aunque el constructo codependencia surgió en el ámbito de la dependencia química, con el desarrollo de las investigaciones y el intento de una mayor comprensión de él, se observa que el término se extendió a otros ámbitos. Las otras situaciones que pueden también conducir al desarrollo de comportamientos codependientes son: convivir con enfermos crónicos, pertenecer a familias disfuncionales por problemas de comportamiento, pérdida de un cierto miembro familiar importante,

pérdidas financieras, abandonos en la infancia. Es decir, desarrollarse en situaciones donde el individuo no recibió los “nutrientes” necesarios para volverse “fuerte” frente a los problemas y a la vida misma.

En una primera aproximación bibliográfica, hallé una carencia de conocimiento y de consenso sobre el concepto de codependencia y de sus aplicaciones entre los profesionales del área de la salud, en especial los psicólogos.

En los últimos tiempos podemos observar el alto índice de ocurrencias de Conducta de Riesgo Psicosocial entre la juventud. Partiendo del supuesto de que la codependencia esta íntimamente relacionada con las Conductas de Riesgo Psicosocial, observé que hay una carencia de información empírica y teórica que pueda corroborarlo.

A partir de esta situación, interesa profundizar en el concepto, su evaluación e implicaciones en relación a las conductas de riesgo psicosocial (CRPS) para definir criterios de prevención y actuación de los profesionales implicados (terapeutas, educadores, sociólogos y etc.), y como no, de la propia familia. De esa manera, me propuse investigar la codependencia (CD) y sus aplicaciones sobre todo en la población joven, los adolescentes de 14 a 19 años.

### **3. EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN**

El objeto de la presente investigación es estudiar el fenómeno de la CD y su relación con las CRPS en jóvenes brasileños (adolescentes de 14 a 19 años).

Para realizar este estudio utilizamos dos procedimientos empíricos. Observando la necesidad de conocer la situación del campo científico de la CD, realizamos el primer procedimiento empírico consistente en una revisión de la literatura sobre el tema a través de la metodología bibliométrica. Se trata de una metodología objetiva y largamente comprobada en su eficacia en un buen número de trabajos precedentes, a través de la cual se pretende organizar y clarificar en lo posible el panorama de esta área de investigación. La Bibliometría es un poderoso conjunto de métodos y procedimientos técnicos para analizar la estructura de la producción y comunicación científica (Borgman & Furner, 2002; Cronin & Barsky, 2000; Leydesdorff, 2001). Esta metodología analiza cuantitativamente determinadas variables presentes en una publicación con el objetivo de aproximarse a la situación de un campo científico en un tiempo, los temas de su dominio, los autores más relevantes y la estructura social e intelectual latentes en dicho campo (Pritchard, 1969). Por lo tanto, el análisis bibliométrico nos posibilita además de una

interpretación objetiva y rigurosa de la producción científica, proporciona también un acercamiento cualitativo a los elementos subyacentes de cualquier documento científico.

La psicología viene mostrándose interesada en la potencialidad de estas técnicas para la investigación científica, haciendo extenso uso de ella desde el primer momento, cuando José María López Piñero y María Luz Terrada la introdujeran en España en la década de los setenta. De ahí surgieron tres grupos principales de investigación Bibliométrica configurados en España (Alcain, 1991), siendo uno de ellos el de Psicología, encabezado por Helio Carpintero, desde los setenta. Este grupo trabajó de modo especial en el ámbito de la Historia de la Psicología. (Sánchez, López López & Uceda, 1997)

Nuestro primer estudio empírico pretende seguir en esta línea para investigar el desarrollo y la evolución de la CD a través del análisis de la producción científica publicada en la Base de Datos PsycINFO. Ésta Base de Datos (BD), producida por la *American Psychological Association* (APA), es la más importante en Psicología. Buscamos recopilar toda la documentación existente desde el primer año disponible en PsycINFO (1800) hasta el momento de cierre de la recopilación de documentos (octubre de 2008). Ella recoge más de 2.600.000 citas, resúmenes e información descriptiva de una amplia variedad de publicaciones académicas en el comportamiento y las ciencias sociales, de más de 2.000 revistas de más de 49 países, editados en inglés. (APA, 2008)

Buscamos evaluar la actividad científica sobre CD recopilada de PsycINFO por medio de los indicadores bibliométricos que nos permiten determinar el crecimiento de cualquier campo de la ciencia, la productividad de los autores o instituciones y los grupos más visibles y que por lo tanto, tienen trabajos de mayor peso científico. La aplicación del análisis bibliométrico a los documentos publicados en PsycINFO nos ha permitido analizar los procesos de producción, distribución y consumo que determinan esta disciplina.

La estructura de la tesis está constituida de tres grandes bloques (Figura 1). El primer bloque, consta de cuatro apartados introductorios a la investigación. En el apartado 1 exponemos la introducción con la motivación y la justificación de la investigación. En el 2 comentamos del planteamiento y significación del problema. Los apartados 3 y 4 tratan consecutivamente del objeto de la investigación y los objetivos generales y específicos de la misma.

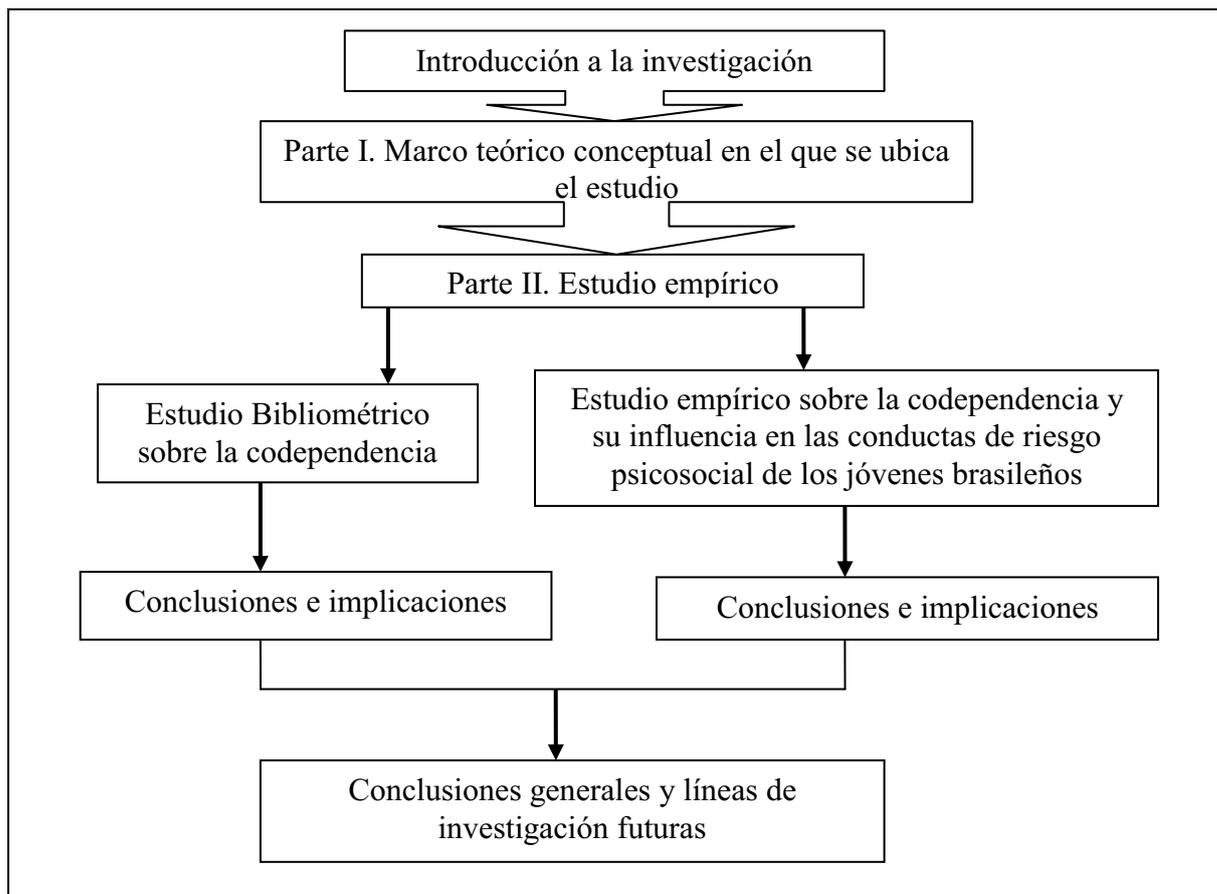
El segundo bloque, Parte I, con dos capítulos, está compuesto por el marco teórico delimitando el referencial teórico de la presente investigación. En el capítulo I tratamos de exponer con la mayor claridad posible sobre el fenómeno CD, presentando una

aproximación conceptual con su historia, origen, sus definiciones, síntomas y características, instrumentos de diagnósticos y tratamiento, críticas y futuro de la CD. El capítulo II procuramos situar el contexto científico y social en el cual desarrollamos el segundo procedimiento, la investigación empírica presentada. Presentamos el desarrollo evolutivo de nuestros participantes, los jóvenes adolescentes, el concepto de la adolescencia, algunas definiciones y su desarrollo, con énfasis en las áreas consideradas importantes para la presente investigación. Continuamos con la problemática de las CRPS en los jóvenes adolescentes en Brasil, el consumo mundial de drogas y alcohol, en América del Sur y en Brasil, particularmente en el consumo juvenil y sus consecuencias, el perfil del joven brasileño y de los jóvenes cumpliendo medidas socioeducativas. Para finalmente tratar de los actos infractores cometidos por jóvenes adolescentes en la pequeña ciudad brasileña, São João del-Rei.

El tercero bloque, la Parte II, constituido por dos grandes bloques, está dedicado a las investigaciones realizadas (estudio documental y estudio empírico), con tres capítulos. En el capítulo III aplicamos el análisis bibliométrico sobre los documentos encontrados en la BD PsycINFO, desde 1981 a 2008, sobre la CD. En el recogemos los resultados y el análisis de los datos y las conclusiones del primer estudio documental, los cuales corresponden con las tres grandes dimensiones de análisis considerados por Dazinger (1984), Leahey (1980), Rosa (1994) y Rosa, Huertas, Blanco y Montero (1991, 1993): Nivel Socio-Institucional, Nivel Individual y Nivel de Discurso. El siguiente capítulo, el IV, describe el estudio empírico, la investigación propiamente dicha sobre la CD y su influencia en las CRPS de los jóvenes brasileños. Atendiendo a los objetivos generales y específicos, desarrolla las hipótesis, la metodología utilizada, la elaboración, el análisis y la discusión de los resultados encontrados. También describe las conclusiones, implicaciones y limitaciones del estudio.

Finalmente, el último capítulo, el V, está dedicado a las conclusiones generales y la discusión de los resultados. En él exponemos las conclusiones del análisis bibliométrico sobre la CD y de la investigación de campo sobre la CD y su influencia en las CRPS de los jóvenes brasileños. A partir de ahí, interrelacionando estos resultados trazamos nuevas perspectivas y posibles investigaciones futuras, así como algunas consideraciones para la intervención psicosocial preventiva. En la Figura 1 esquematizamos la organización de esta tesis doctoral.

**Figura 1. Esquema de la estructura de investigación de la Tesis Doctoral.**



Fuente: Elaboración Propia (Martins D'Angelo, 2011).

## 4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. Objetivos generales

Objetivo 1. Estudiar el fenómeno de la CD a través del análisis bibliométrico de literatura computarizada.

Objetivo 2. Investigar la CD en jóvenes que cumplen medidas socioeducativas y en jóvenes deportistas de la ciudad de São João del Rei (Brasil).

Objetivo 3. Analizar la relación entre la CD (evaluada a través de Spann-Fischer Codependency Scale – SF CDS y de Codependency Assessment Questionnaire – CAQ) y las Conductas de Riesgo Psicosocial (evaluadas a través de los criterios de diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV Revisado – DSM-IV-TR™).

Objetivo 4. Hacer aportaciones teórico-prácticas sobre la CD en jóvenes.

## **4.2. Objetivos específicos**

### **4.2.1. Estudiar el fenómeno de la codependencia a través del análisis bibliométrico de literatura computarizada**

- 4.2.1.1. Analizar la producción científica sobre la CD en la BD PsycINFO identificando los tipos de documentos, los centros o instituciones que han intervenido en la producción científica, los principales idiomas y países en los que han sido publicados, los autores más relevantes, y las obras y autores más relevantes de las referencias.
- 4.2.1.2. Analizar los instrumentos de evaluación de la CD a partir de la documentación recopilada en PsycINFO.
- 4.2.1.3. Analizar las investigaciones realizadas utilizando los instrumentos sobre la CD: SF CDS, Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory (CAI), CAQ.

### **4.2.2. Investigar la codependencia en jóvenes brasileños: Identificación de variables demográficas y psicológicas influyentes.**

- 4.2.2.1. Identificar las variables demográficas y psicológicas a CD en jóvenes brasileños (14-19 años) con CRPS y CD evaluada con el SF CDS y CAQ.

### **4.2.3. Analizar la relación entre la codependencia y las conductas de riesgo psicosocial en jóvenes.**

- 4.2.3.1. Analizar la relación entre CD (evaluada a través de SF CDS y CAQ) y CRPS (según los criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR<sup>TM</sup> para detectar el Abuso y Dependencia de Sustancia y Trastornos de Conducta) obtenidos por los dos grupos de jóvenes brasileños (14-19 años).

### **4.2.4. Hacer aportaciones teórico-prácticas al fenómeno de la codependencia.**

- 4.2.4.1. Hacer una aproximación conceptual a la CD.
- 4.2.4.2. Construir un modelo explicativo de la CD (factores predisponentes, factores amortiguadores y sus consecuencias) y de su relación con las CRPS.
- 4.2.4.3. Hacer una aportación personal a la definición de criterios preventiva a las CRPS en relación con la CD.

Como ya indicamos, el principal objetivo de la presente investigación es estudiar el fenómeno de la CD como constructo y su relación con las CRPS en jóvenes brasileños (adolescentes de 14 a 19 años). Estamos convencidos de que los resultados de dicha investigación serán de gran utilidad académica y científica, principalmente para la psicología social ya que la problemática aquí abordada, las CRPS en la adolescencia, es de gran importancia para el bienestar colectivo. A continuación realizaremos una revisión de la literatura del marco general en el cual se ubica nuestra investigación, desde la CD hasta la adolescencia. No obstante, daremos prioridad a los marcos más relevantes para nuestro estudio: la CD, el contexto socioambiental y las CRPS en Brasil.



## PARTE I: MARCO GENERAL EN EL QUE SE UBICA EL TRABAJO



## Capítulo I

### LA CODEPENDENCIA

#### 1. Aproximación conceptual

El término CD es blanco de controvertidas definiciones desde su aparición hace aproximadamente cuatro décadas. Este concepto multifacético implica a los individuos, la familia, las comunidades, las empresas, los grupos sociales, e incluso sociedades enteras, por eso viene recibiendo sistemática atención, debido al reconocimiento de su importancia como paradigma que marca el sentido de los tratamientos y las intervenciones sociales (Whitfield, 1991; Zampieri, 2004a). En 1997, Harkness y Costrell relataron que la CD estaba asociada con la salud y el bienestar de los 10,5 millones de alcohólicos y 1,6 millones de consumidores de drogas conforme informes estadounidenses de 1990 del NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) y de la ADAMHA (Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration). Esto regeneraba a los Estados Unidos un coste social anual de US\$ 273,3 billones, con muerte accidental, abuso sexual infantil, violencia familiar, enfermedades infecciosas, detención, hospitalización, encarcelamiento, asesinato y alteración del orden público; todo eso vinculado al Abuso de Sustancia. Afectando, consecuentemente, a familias, vecinos y comunidades, sin discriminación de edad, de género o de etnia. Estas informaciones transformaron la opinión pública sobre el funcionamiento humano, los problemas sociales y el significado de ayudar; al mismo tiempo, despertaba el interés de las asistencias sanitarias en los Estados Unidos. (Harkness & Cotrell, 1997)

Algunos autores mencionan que CD se relaciona con un aprendido patrón disfuncional de relacionarse con el otro y con la vida, utilizando estrategias de enfrentamiento inadecuadas y autodestructiva, y que pasa de generación a generación

(Beattie, 1987/1998; Irwin, 1995; Hughes-Hammer, Martsof & Zeller, 1998a; Loughhead, Spurlock & Ting, 1998).

Como observamos en la literatura revisada, los autores (e.g.: Beattie, 1987/1998; Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a; Subby, 1984/1988; Subby & Friel, 1984/1988; Whitfield, 1987/1999) encontraron denominadores comunes presentes en la etiología de la CD: uno es relacionarse personal o profesionalmente con personas perturbadas, carentes o dependientes; el segundo y más frecuente son las reglas silenciosas y no escritas que generalmente se desarrollan en la familia próxima, estableciendo el ritmo de los problemas. Tales reglas prohíben: la discusión de los problemas; la expresión abierta de los sentimientos; la comunicación honesta y directa; las expectativas realistas, como cualidades del ser humano, vulnerable o imperfecto; el egoísmo, la confianza en sí mismo y en los demás; los movimientos de crecimiento o cambio familiares. Aunque estas reglas son comunes en los sistemas de familias alcohólicas, ellas pueden también emerger en otras familias.

Para los defensores de la teoría de CD, sus características vuelven a los individuos vulnerables a desarrollar innumerables problemas como el abuso sustancias, depresión, trastornos alimenticios, y otras enfermedades causadas por el estrés (Beattie, 1987/1998; Fischer, Spann & Crawford, 1991; Whitfield, 1991). Por otra parte, el codependiente tiene una baja auto-estima y un extremo “locus de control” externo, necesitando la aprobación de los demás para existir para sí mismo (Beattie; Hughes-Hammer et al., 1998a, 1998b; Whitfield; Fischer et al., 1991). En la opinión de Cermak (1986a) el codependiente adolescente puede ser una población con una predisposición más grande para adquirir comportamientos de riesgo como las dependencias diversas, la delincuencia, el comportamiento agresivo, los trastornos alimenticios, el fracaso escolar, etc.

## **2. El contexto histórico psicosocial, cultural y político de la codependencia**

El constructo CD originalmente llamado “co-alcoholismo” en la década de los 70 (Whitfield, 1987/1999), nació probablemente en varios centros de tratamiento de dependencia química de Minnesota, Estados Unidos (Beattie, 1987/1998) y viene expandiendo su área de aplicación desde entonces. Para una mayor comprensión de la evolución del término y de la confusión que se hace relacionando el constructo con la dependencia química y las parejas, creemos interesante retroceder en el tiempo para ubicar al lector en el contexto histórico psicosocial, cultural y político de su génesis.

Whitfield (1991, 1987/1999) hace un interesante recorrido en la historia de la psicología para explicar los antecedentes de la teoría de la CD. Así él empieza en los remotos finales de siglo XIX e inicio del XX, cuando se descubrió, se nombró y se dieron inicio a los estudios sobre el inconsciente del hombre a través de George Groddeck, Sigmund Freud, Carl Jung y otros, que con sus trabajos han contribuido e influenciado para el desarrollo de la teoría de la CD. Estos trabajos y teorías son: el trauma (Freud); el inconsciente colectivo, doble masculino y femenino natural en cada persona a través de otras dualidades de la vida y la importancia de la espiritualidad en el proceso de recuperación (Yung); el orden de nacimiento, y las relaciones y la rivalidad de hermanos (Adler); la dinámica de las relaciones intrapsíquicas e interpersonales (Sullivan); la técnica de curación de psicodrama (Moreno) de la cual evolucionó la terapia Gestalt, la reconstrucción y la escultura familiar (son utilizados en muchos de programas de recuperación); la importancia del Yo Real en las relaciones y “neurosis de nuestro tiempo” y su dinámica (Horney); la importancia del desarrollo de la primera infancia y de las relaciones, y la identificación proyectiva y su dinámica (Klein). Estas dos últimas fueron importantes para la comprensión de cómo el individuo se mueve en el sistema de las relaciones.

Mientras tanto, en Estados Unidos, en los años 20, cuando ocurría la inmigración y la expansión de la frontera oeste, la bebida antes consumida en tabernas orientadas a la familia, pasó a ser consumida en salones frecuentados por hombres y prostitutas. Así la familia perdió su poder de controlar socialmente la bebida, la cual pasa a ser, conforme Peele (1985), una prerrogativa masculina simbolizando la independencia y el alto civismo. (Yearing, 2003)

Según Cuadrado Callejo (1998), la adicción al alcohol (identificada como una enfermedad a finales del siglo XVIII por Benjamín Rush) y el alcoholismo (constructo introducido en meados del mismo siglo para referir a las consecuencias somáticas del consumo abusivo del alcohol) coexistían dentro de la medicina. Sin embargo, a finales del siglo XIX el interés por la enfermedad del alcoholismo fue siendo sustituido por las ideas moralistas de la época a causa de las consecuencias del consumo (principalmente las sociales como el aumento de la violencia y de la ruptura de las familias) culminando a principios del siglo XX con la ley seca y la desaparición del alcoholismo, como enfermedad, de la ciencia y de la medicina, por medio siglo. En aquel entonces, el alcoholismo fue considerado como una debilidad moral y las personas afectadas por el alcoholismo y sus familias no tenían mucha ayuda disponible.

Paralelamente a estos eventos, surgían nuevos trabajos en el campo de la salud mental: el desarrollo de la primera infancia (Mahler), la teoría y la práctica de las relaciones objetales (e.g.: las observaciones sobre las madres y sus niños, y el Verdadero Yo en la relación de Winnicott) y de la psicología del Yo – ayudaron a aclarar más la identidad verdadera como el Verdadero Yo (self), más que el yo (ego); varias observaciones sobre los cónyuges de los alcohólicos dieron ideas preliminares sobre tales relaciones (e.g.: Rado, etc.); un breve artículo de Margareth Cork “*The Forgotten Children*” sobre los hijos de alcohólicos. (Whitfield, 1991)

Whitfield (1991) relata que en 1935, en Akron, Ohio, Bill W. y el médico Robert Smith, motivados por sus propias necesidades de dejar la bebida, fundaron la asociación de auto-ayuda Alcohólicos Anónimos (A.A.)<sup>3</sup>. En los siguientes cuatro años, sus primeros miembros crearon el programa de recuperación de los Doce Pasos de esta hermandad, el cual tuvo como soporte científico las teorías de Jung y William James. Estos pasos y las Doce Tradiciones son utilizados en todo el mundo por más de 100 grupos de autoayuda, incluidos los Co-Dependientes Anónimos (CoDA).

A partir de los 40, la ciencia vuelve a interesarse por el alcoholismo como enfermedad, y en 1956, la Asociación Médica Americana, dio legitimidad al modelo de enfermedad del alcoholismo, el cual consiste en una combinación de fundamentos con bases en el movimiento de auto-ayuda y la profesión médica (Yearing, 2003). Además los años 40, conforme relata Whitfield (1991), testificaron la creciente atención a la dinámica de la pérdida y del trauma, estimulada por el regreso de los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. Lo que permitió a los profesionales del área a reconocer y tratar los trastornos de estrés postraumático (PTSD) y disociativos.

A principios de la década de los 50, la inquietud que afligía a los familiares de enfermos alcohólicos en recuperación en la A.A. y el reconocimiento de que sus propios comportamientos y personalidades se veían afectados y enfermizos, dio origen en 1951, a la fundación de los grupos de familia Al-Anon<sup>4</sup> (Grupo de Familiares Al-Alon; Cermak, 1991). Su objetivo es que los parientes y amigos de alcohólicos compartan sus

---

<sup>3</sup> Alcohólicos Anónimos® es una comunidad de hombres y mujeres. Sus miembros comparten sus mutuas experiencias, fortaleza y esperanza para solucionar sus problemas comunes y auxiliar a otros a recuperarse del alcoholismo. La única exigencia para ser miembro de A.A. es el deseo de abandonar la bebida. Los miembros de A.A. no pagan honorarios ni cuotas, ellos se mantienen con contribuciones propias; A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución; no interviene en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa; su objetivo primordial es mantener a sus miembros sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad. (Alcohólicos Anónimos, s.f.)

<sup>4</sup> El Al-Anon es una asociación de auto-ayuda que ofrece un programa de recuperación a los familiares y amigos de alcohólicos. Es constituido por hombres y mujeres que tuvieron sus vidas afectadas por la manera de beber de un familiar o amigo. El Grupo de Familiares Al-Anon tuvo su origen en New York, E.U.A. en 1951, alcanzando actualmente más de 100 países y cuenta con millares de Grupos. (Grupo Familiares Al-Anon do Brasil, s.f.)

experiencias y dificultades (fruto de la convivencia con el adicto), sus fortalezas y esperanzas, buscando una solución a su problema común (Al-Alon, 2008). Hecho este que coincidió con el inicio del movimiento de terapia familiar genérica con Virginia Satir y otros (Whitfield, 1991).

En esa época autores como Jackson (1954) y Whalen (1953) apuntaban a la esposa como participante activa en los problemas del matrimonio, una facilitadora del alcoholismo de su esposo (Yearing, 2003).

Durante los años 50 y 60, Ackerman, Bateson, Bell, Jackson, Haley, Lida, Weakland y Watzlawick contribuyeron a las teorías de la interacción humana. Y, Murray Bowen fundamentándose en estos trabajos y otros, desarrolló la teoría de sistemas de la familia, incluyendo conceptos tales como fusión, triangulación, y "relación recíproca" (Bowen y Kerr), que contribuyeron para explicar la CD entre los miembros de la familia. (Whitfield, 1991)

Pese a los esfuerzos empleados para sanar el problema con el Abuso de Sustancia, ello se resistía y en los años 60, en los Estados Unidos se pronosticaba como una grave amenaza, lo que tuvo lugar en los 70. Así que, este país inició una guerra política social en dos direcciones: una dirigida a las drogas que entraban en el país y la otra dirigida a su consumo. No obstante, entrando en el siglo XXI, el Abuso de Sustancia era visto todavía como el problema de salud pública número uno, sin ninguna señal de disminuir, como señaló Harkness, Swenson, Madsen-Hampton y Hale (2001).

Como estrategia contra el consumo abusivo de sustancias, los EE.UU. emplearon tres tácticas: la persuasión moral (campañas para cambiar las actitudes públicas sobre el consumo de alcohol y de otras drogas), la táctica legislativa y judicial (criminalizando el Abuso de Sustancia y enviando a los consumidores a prisión) y la táctica médica (el Abuso de Sustancia fue definido como una enfermedad que necesitaba el tratamiento médico). Para realizar este tratamiento, los EE.UU. necesitaban profesionales calificados. Sin embargo, al no disponer de recursos para ello contrataron servicios médicos (health-care providers) de bajo coste, los cuales fueron seleccionados por los miembros del A.A.. La visión de CD fue formada originalmente en la cultura de los Doce Pasos de las A.A. y Al-Anon. (Harkness et. al, 2001)

Los estudios y las investigaciones seguían, y los profesionales del área propusieron varias perspectivas teóricas para explicar el comportamiento de las parejas de los alcohólicos. De ese modo, autores como Edwards et al. (1973) sugirieron que las esposas de los alcohólicos no se diferenciaban de las otras con respecto a sus personalidades o

comportamientos y explicaban sus comportamientos a través de las teorías de la personalidad perturbada, del estrés, y psicosocial (Yearing, 2003). A la vez que Johnson Verson (1973) introducía el concepto de co-alcoholismo, la dinámica de la familia alcohólica y el proceso de la intervención familiar para ayudar a los alcohólicos a entrar en tratamiento y recuperación (Whitfield, 1991, 1999). Otros terapeutas familiares y teóricos como Salvador Minuchin también contribuyeron al crecimiento de la terapia familiar, incluyendo la importancia de los límites (Whitfield, 1991).

Con las investigaciones direccionadas a la dinámica de una familia alcohólica, alrededor de 1974, el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) encargó un estudio sobre los hijos de alcohólicos. Mientras tanto, los principales principios de la dependencia química eran integrados en la terapia familiar por Berenson (1976) y Sharon Wegscheider (alrededor de 1977) adaptó y amplió los roles y la dinámica de la familia de Satir a las familias alcohólicas. A partir de ahí tuvieron inicio las primeras reuniones de los grupos de auto-ayuda de los Hijos Adultos de Alcohólicos (ACoA). Y, finalmente en 1979, Brown y sus colegas realizan la primera terapia de grupo para los hijos adultos de alcohólicos, en Palo Alto, California. Año que también ocurre la primera conferencia nacional sobre los hijos de alcohólicos patrocinada por NIAAA. También, en 1979, Alice Miller, comenzó a integrar en la psicoterapia psicoanalítica los malos tratos, negligencias y abusos infantiles. No obstante, apenas hace referencia directa al alcoholismo paterno como gran condicionante de posibles daños al Niño Interior<sup>5</sup>. (Whitfield, 1991, 1987/1999)

Mientras tanto, la palabra "dependiente" pasaba a ser utilizada a menudo para referir al alcohólico o drogodependiente, y las residencias de tratamiento de dependencia química añadían el tratamiento de la familia como parte del tratamiento individual (Whitfield, 1991, 1987/1999).

### **3. El nacimiento del constructo codependencia**

En 1979, en Minnesota, los centros de tratamiento de dependencia química, empezaron a utilizar el término "CD" para describir a quienes vivían con alguien con un problema con el alcohol u otras drogadicciones denominadas como "Dependencia de

---

<sup>5</sup> El "Niño Interior" es el "Yo Real" de Horney, Masterson y otros, el "Verdadero Yo" de Miller y Winnicott; la parte de nosotros fundamentalmente viva, energética, creativa y realizada, lo que realmente somos; el concepto proviene del campo de la dependencia de sustancias químicas y es así llamado por Rokelle Lerne y otros. Es el "niño divino" de Jung, y el "niño prodigio" de Emmet Fox. (Whitfield, 1999)

Sustancias químicas” (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Mellody, Miller & Miller, 1989/2004; Mendenhall, 1989a).

Consolidada la importancia de la familia en el proceso de la recuperación del dependiente, en 1983 se funda la *National Association for Children of Alcoholics* (NACoA) dando inicio a una serie de conferencias y talleres sobre los hijos de alcohólicos y otras familias disfuncionales, además de difundir el término clínico CD que pasó a ser utilizado cada vez con más frecuencia. El primer tratamiento residencial intensivo para hijos adultos y personas co-dependientes tuvo lugar en 1984, siendo incorporado algunos años más tarde en muchas unidades psiquiátricas y hospitales innovadores, con éxito para la recuperación de muchos de sus pacientes. Por consiguiente, los grupos de auto-ayuda del Hijo Adulto (ACA) ampliaron en los Hijos Adultos de las Familias Disfuncionales (ACoDF), para que cualquier miembro de una familia disfuncional se beneficiara de este programa de recuperación. Trabajando de esa manera, a fines del 1980, los profesionales percibieron la importancia de la CD no tratada, la cual junto a los problemas del hijo adulto eran los principales factores en la recaída de las adicciones y compulsiones; y en los 90 se hizo un descubrimiento similar acerca de la recaída de otros trastornos. (Whitfield, 1987/1999)

Aunque todos los enfoques estuvieron centrados en el problema del adicto, en consecuencia a los trabajos realizados con la familia, los profesionales de estos centros se percataron que cuando los alcohólicos se mantenían sobrios, las conductas codependientes de sus familiares continuaban o empeoraban; estos codependientes exhibían rasgos comunes y tenían un patrón vinculante característico; una forma de pensar, sentir y actuar que los iba enfermando progresivamente. Así concluyeron que las causas de estos trastornos podrían ser anteriores a la convivencia con el alcohólico. Los familiares en terapia revelaban historias abusivas (no necesariamente relacionada con un dependiente químico) en sus familias de origen. Ellos procedían, igualmente, de hogares disfuncionales, donde la presencia del alcohol no había estado obligatoriamente. Pero era innegable que estas personas habían asumido precozmente un rol de “cuidadores”, puesto que los adultos que debían ejercer esta función, no estaban en condiciones de hacerlo a causa de sus propias patologías. Además otros trabajos revelaron que para ser codependiente, no era necesario haberse relacionado con otros dependientes químicos en la niñez o en la madurez. Era suficiente crecer en un ambiente familiar en el cual estuviera presente un cuidador abusivo. (Beattie, 1987/1998; Faur, 2003; Mellody et al., 1989/2004)

De ese modo, por mediados de los años 80, el fenómeno CD llamó la atención de numerosos terapeutas especializados en adicción, asesoramiento y terapia familiar (Wright & Wright, 1999). Los profesionales en el campo de la dependencia química dieron inicio a los estudios del concepto como un constructo independiente (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998a; Wegscheider-Cruse, 1985/1987; Whitfield, 1987/1999), que siguió desarrollando y ensanchando más allá del ámbito de la dependencia química. Estudios como el realizado por O'Brien y Gaborit (1992) apuntaron que este fenómeno podría existir independiente de la dependencia química (Hughes-Hammer et al., 1998a).

Así, CD fue generalizada para referirse también a las personas que habían crecido en una familia afectada por cualquier perturbación grave, y a los compañeros de personas con cualquier problema mayor de comportamiento. Por ejemplo: jugadores compulsivos, hombres violentos y abusivos, adictos al trabajo, individuos psicológicamente desequilibrados (Beattie, 1987/1998; Dear, 1996), enfermos crónicos (esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos alimentarios, cáncer, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer) e incluso a profesionales de la salud (Beattie, 1987/1998; Mansilla, 2001).

De ahí, no tardó mucho en surgir un nuevo grupo de auto-ayuda, el CoDA, que fue fundado en 1986 (Whitfield, 1991). Esta asociación se define como un grupo de hombres y mujeres que tienen como meta desarrollar relaciones sanas y satisfactorias, siendo ese el único requisito para ser miembro. Ellos se reúnen para apoyarse y compartir sus experiencias de autodescubrimiento, aprendiendo a amarse a si mismos. Trabajan en los principios de este programa, donde buscan cada día ser más honestos consigo mismos, acerca de sus historias personales y sus comportamientos codependientes. (Co-Dependents Anonymous, 1998)

A su vez, el modelo de CD se convirtió en uno de los marcos teóricos más usados como base para tratar las familias con problemas de dependencia química, y el principal para los compañeros o hijos de alcohólicos (Crothers & Warren, 1996; Miller, 1994). Además, tal modelo, según los autores australianos Hands y Dear (1994), influyó considerablemente en la asistencia australiana suministrada en este campo. (Dear & Roberts, 2002)

El concepto de CD que fue refinado y popularizado durante los años 80 (Dear & Roberts, 2002) por la literatura de autoayuda y por los medios de comunicación electrónicos (Loughead et al., 1998), generó abundante literatura y numerosas definiciones. Sin embargo, ninguna de ellas había sido aceptada consensualmente y

tampoco deducida empíricamente; lo que dificultaba en extremo el funcionamiento del constructo (Dear & Roberts, 2002; Gomberg, 1989; Haaken, 1993; Hands & Dear, 1994; Harper & Capdevilla, 1990). Por otro lado, el hecho de que sea descrito por algunos autores como una enfermedad progresiva, por otros como un desorden de la personalidad y por otros tantos como un comportamiento disfuncional, ha conducido a un escepticismo por parte de los profesionales de la salud. (Stafford, 2001)

A pesar de tales críticas, el constructo CD hace referencia a un fenómeno demasiado frecuente en la realidad clínica (Cullen & Carr, 1999). Consecuentemente, ese mismo panorama caótico, y, el visible y creciente interés popular, brinda a los profesionales de la salud mental la oportunidad y la obligación de investigar empíricamente sobre el fenómeno (Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Loughead, Kelly & Bartlett-Voigt, 1995; Loughead et al., 1998; Morgan, 1991).

#### **4. Definiciones de codependencia**

Como vimos en el apartado anterior, el fenómeno CD, desde su aparición en el campo de la dependencia química, fue expandido por los medios de comunicación tecnológicos, los grupos de autoayuda anónimos y la literatura de autoayuda. Tal hecho originó numerosas publicaciones que reflejan los muchos debates sobre el constructo. Gran parte de esa literatura ha sido escrita por profesionales de la salud mental, particularmente, por los especializados en las adicciones y en la práctica clínica general. Algunos de esos profesionales eran a la vez miembros de los grupos y/o codependientes en recuperación (e.g.: Melody Beattie y Pia Mellody, entre otros). Mucha de esa literatura se basa en la experiencia clínica y también en la historia de vida de los propios autores. De ese modo, la CD fue descrita de diferentes modos tales como: una enfermedad (Beattie, 1987/1998; Mellody et al., 1989/2004; Whitfield, 1989), un conjunto de conductas aprendidas (O'Gorman, 1993), un trastorno de la personalidad (Cermak, 1986a), un problema de los hijos adultos de los alcohólicos o de familias igualmente disfuncionales (Mendenhall, 1989a; Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a), una condición psicosocial (Spann & Fischer, 1990) o bien, un posible trastorno de relación (Wright & Wright, 1999). Tras un análisis de estas definiciones observamos que algunas se destacan y son citadas con mayor frecuencia en la literatura revisada, consideramos las más relevantes (Ver en la Tabla 1).

**Tabla 1. Algunas definiciones más relevantes de codependencia.**

Autor/Año	Definición	Algunos autores que la cita
Smalley, S. 1982	<i>Co-dependencia es un término usado para describir un exagerado patrón dependiente de comportamientos aprendidos, creencias y sentimientos que hacen la vida dolorosa. Es una dependencia de personas y cosas fuera de sí, junto con el abandono de sí mismo hasta el punto de tener poca identidad propia. Smalley, S.</i>	Potter-Efron y Potter-Efron, 1989a; Wegscheider-Cruse, 1985/1987; Whitfield, 1989, 1987/1999.
Subby, 1983, 1984)	<i>... un patrón de afrontamiento emocional, físico y de comportamiento que se desarrolla como resultado de una prolongada exposición a un conjunto de reglas opresivas, reglas que impiden la expresión abierta de sentimientos, así como la discusión directa de problemas personales e interpersonales. (Subby, 1984)</i>	Beattie, 1987/1998; Morgan, 1991; Potter-Efron y Potter-Efron, 1989a; Wegscheider-Cruse, 1985/1987; Whitfield, 1989, 1987/1999.
Whitfield, 1983, 1984, 1986	<i>...comportamiento enfermo, inadaptado o problemático que está asociado con vivir, trabajar o realizar cualquier actividad junto a una persona víctima de alcoholismo (otra dependencia química u otro problema crónico). Afecta no sólo a los individuos, sino también a familias, comunidades, negocios y otras instituciones, incluso a sociedades enteras. (Whitfield, 1984, 1986)</i>	Cermak, 1986a; Morgan, 1991; Potter-Efron y Potter-Efron, 1989a; Stafford, 2001; Whitfield, 1989, 1987/1999.
Larsen, 1985, 1987	<i>“aquellos comportamientos aprendidos y contraproducentes o defecto de carácter que disminuyen nuestra capacidad de iniciativa o de participar en relacionar amoroso”</i>	Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Morgan, 1991.
Wegscheider-Cruse, 1985	<i>... una condición específica que se caracteriza por la preocupación y la extrema dependencia (emocional, social y, a veces físicamente), sobre una persona u objeto. Eventualmente, esta dependencia de otra persona se convierte en una condición patológica que afecta a los co-dependientes en todas las demás relaciones. (Wegscheider-Cruse, 1985/1987, p. 2)</i>	Cermak, 1986a; Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998a; Morgan, 1991; Whitfield, 1989, 1987/1999.
Cermak, 1986, 1991	<i>Codependencia es un patrón reconocible de rasgos de la personalidad, que previsiblemente se encuentran en la mayoría de los miembros de familias dependientes químicas, que son capaces de crear disfunción suficiente para justificar el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Mixto, como indica el DSM III. (Cermak, 1986, p.1)</i>	Cermak, 1986a; Dear, 1996; Loughhead, Spurlock y Ting, 1998; Morgan, 1991; Potter-Efron y Potter-Efron, 1989a ; Whitfield, 1989
Schaef, 1986	<i>... una enfermedad que tiene muchas formas de expresarse y que se desarrolla a partir de un proceso de enfermedad que... Yo lo llamo el proceso adictivo... El proceso adictivo es un proceso insano y anormal. Las creencias, comportamientos y falta de alerta espiritual de los que padecen esta enfermedad, conducen a un proceso de malvivir que es progresivo... (Schaef, 1986)</i>	Cermak, 1986a; Dear, 1996; Morgan, 1991; Whitfield, 1989, 1987/1999.
Beattie, 1987, 1998	<i>“una persona codependiente es aquella que deja que el comportamiento de otra persona le afecte y quién está obsesionado en controlar el comportamiento de esta otra persona.” (Beattie,1987/1998, p. 49) “(...) es primariamente un proceso reaccionario.”(p.52) “Por eso ella dijo que individuos codependientes reaccionan a los ‘problemas, sufrimiento, vidas, y comportamientos’ suyos y de los demás en vez de actuar de manera más adaptativas (p. 33)”.(Morgan, 1991, p.723)</i>	Beattie, 1987/1998; Morgan, 1991
National Council on Codependence, 1990	<i>Codependencia es un comportamiento aprendido, expresado por dependencia de personas y cosas fuera de sí mismo, esas dependencias incluyen negligencia y disminución de la identidad propia de uno mismo. El falso yo interior que emerge es frecuentemente expresado a través de hábitos compulsivos, adicciones, y otros desórdenes, que además incrementan la alienación de la identidad verdadera, adoptando una sensación de vergüenza.</i>	Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998a
Fischer, Spann & Crawford, 1990, 1991	<i>“un patrón disfuncional de relacionar con los otros con un extremo locus externo fuera de sí mismo, falta de expresión de sentimientos, y significado personal derivado de relaciones con los otros.” (Fischer, Spann &amp; Crawford 1991, p. 87)</i>	Fischer, Spann y Crawford, 1991; Loughhead, Spurlock y Ting, 1998
Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998	<i>“Codependencia es un comportamiento aprendido expresado por dependencia de personas y cosas fuera de sí mismo, que negligencia y disminuye la identidad de uno mismo. Es un significativo problema de salud.” (Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998a, p 264)</i>	Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998a

Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

Analizando tales definiciones, observamos que conciben el fenómeno CD desde los marcos cognitivo, conductual, sistémico y personalidad. Además comparten algunos puntos en común como: una enfermedad primaria expresada por estrategias de

afrontamiento emocional, físico y comportamental, y, creencias y sentimiento aprendidos caracterizada por un estado patológico de preocupación y dependencia extrema (emocionalmente, socialmente y a veces físicamente) de otra persona u objeto resultantes de la convivencia (vivir, trabajar o realizar cualquier actividad) disfuncional.

Con respecto a esta multitud de definiciones, Beattie (1987/1998), que la definió en términos interpersonal, opinó que no hay una definición más exacta que otra, sino que unas describen las causas, otras sus efectos, la condición general, los síntomas, sus patrones o aún el dolor. No obstante, algunos autores como Cermak (1986a) y Morgan (1991) consideraron que la más operacional es la de Wegscheider-Cruse (1985/1987), ya citada en la Tabla 1, porque incluye los aspectos intrapsíquicos y comportamentales de CD asemejándose a las definiciones de dependencia química comúnmente aceptadas. La autora igualmente, identifica características asociadas con CD como el miedo, las compulsiones, los sentimientos congelados, la baja autoestima, y complicaciones médicas relacionadas con el estrés.

Otro punto interesante a destacar con relación a las definiciones es que varias revisiones concuerdan en relación a sus características principales: a) dependencia excesiva de las otras personas para la aprobación y la identidad, b) tendencia a anteponer las necesidades de la gente a las suyas propias, y c) tendencia a dedicarse a comportamientos interpersonales como *caretaking* “(responsabilizarse por regular el comportamiento del otro)” y *rescuing* “(rescatar/ reparar el daño causado por el comportamiento irresponsable de otra persona)”. (Dear & Roberts, 2002, ¶ 3)

## **5. Los síntomas y características atribuidos a la codependencia**

A semejanza de las definiciones, la literatura especializada nos proporciona un sinfín de síntomas y características codependientes. Los siguientes son los comportamientos característicos de la persona codependiente que se mencionan con más frecuencia:

- Baja autoestima: teme al rechazo y al abandono; su autoconcepto depende de lo que los demás piensen de él y de su capacidad de control de sí mismo y de los demás. La imposibilidad de complacer a los demás es percibida como una falla o carencia de tipo personal (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Fischer et al., 1991; Friel & Friel, 1988; Hughes-Hammer et al., 1998a; Mellody et al., 1989/2004).

- Locus de control externo: actúan en función de un referente externo, sus conductas son determinadas por fuerzas externas (Beattie, 1987/1998; Fischer et al., 1991).
- Inadecuado manejo de sentimientos: siente que merece sufrir porque se percibe como culpable y merecedor de la agresión del otro. Equipara amar con sufrir y sacrificar, y busca constantemente proteger y disculpar al otro (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Friel & Friel, 1988; Hughes-Hammer et al., 1998a).
- Cuida de las necesidades y problemas de los otros, con negligencia y negación de las suyas: sus necesidades y problemas no son tan importantes o tan graves (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Friel & Friel, 1988; Mellody et al., 1989/2004).
- Hipervigilancia: siente una gran necesidad de controlarse a sí mismo, a otras personas y eventos alrededor (Cermak, 1986a; Friel & Friel, 1988; Hughes-Hammer et al., 1998a).
- Abuso de Sustancia: pueden tornarse adictos a sustancias, comida, trabajo, etc. (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Friel & Friel, 1988).
- Ansiedad y distorsiones en torno a los límites de intimidad y la separación. Tiene dificultad de fijar límites en las relaciones con personas significativas, y en general problemas de relaciones interpersonales: siente culpa y ansiedad por los defectos de los otros, llegando a considerarlos como suyos; siente que si impone límites a la conducta del otro le estaría traicionando (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Friel & Friel, 1988; Hughes-Hammer et al., 1998a; Mellody et al., 1989/2004).
- Atrapado en relaciones con personas con trastornos de la personalidad, químicamente dependiente, co-dependientes, y/o impulso desordenado (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986; Friel & Friel, 1988).
- Constricción de las emociones (con o sin arrebatos dramáticos) (Beattie, 1987/1998; Cermak, 1986a; Fischer et al., 1991; Mellody et al., 1989/2004).
- Enfermedades médicas relacionadas con estrés: suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés (Fischer et al., 1991; Friel & Friel, 1988; Hughes-Hammer et al., 1998a).

Autores como Mellody et al. (1989/2004), resaltan que los síntomas primarios pueden ser experimentados también en polos opuestos: Autoestima baja o inexistente

versus una postura arrogante y ostentosa, vulnerable versus invulnerable, malo/rebelde versus bueno/perfecto, demasiado dependiente versus antidependiente o no percibir la necesidades/deseos, y caótico versus controlador.

Creemos interesante proporcionar aquí la visión de los propios codependientes a respecto de sus síntomas. El listado abajo fue extraído del Programa de autoayuda para codependientes que consta de doce pasos del grupo CoDA y se refiere a como ellos definen las características de la CD:

Habitualmente los codependientes:

- *Se hacen cargo de los sentimiento de los demás*
- *No tienen conciencia de cómo se sienten y no pueden identificar sus sentimientos*
- *Tienden a minimizar, alterar, o incluso negar la verdad sobre sus sentimientos*
- *Temen o se preocupan por la forma en que los demás pueden responder a sus sentimientos*
- *Aumentan su autoestima tratando de resolver los problemas de otros*
- *Buscan la aprobación de los demás para determinar qué hacer, decir o sentir*
- *Se concentran en complacer a otra persona*
- *Tienen dificultades para reconocer cosas buenas en su persona*
- *Tienden a juzgar con extrema rigurosidad todo lo que dicen o hacen, en función de los valores de otras personas*
- *Tienen dificultad para establecer o mantener relaciones cercanas/intimas con los demás*
- *Deben sentir que los necesitan para poder establecer relaciones con los demás*
- *No saben ni creen que pedir ayuda es correcto y normal (CoDA, 2002, Sección 03, p.5)*

## **6. Algunos modelos de la etiología de la codependencia**

Friel y Friel (1988) retrata CD como un patrón disfuncional de vivir que puede tener su inicio tanto en la familia de origen como en la cultura, conduciendo a una detención del desarrollo de la identidad, siendo el resultado del abuso y de la negligencia sufrida en la infancia. Los autores identificaron como la sintomatología de este patrón la depresión, tolerancia a conducta inapropiada, sentimientos inadecuados o entorpecidos, estrategias de afrontamiento contraproducente, fuerte necesidad de controlar a sí mismo y a los otros, síntomas físicos relacionados con estrés, abuso y autonegligencia, dificultad con la intimidad y/o sexualidad, temor de abandono, vergüenza, culpa inapropiada, posibles adicciones, iras, etc. Friel y Friel, a igual que Beattie (1987/1998), ve el codependiente

como una persona reactiva a acción de los demás (reacciona de forma exagerada a los acontecimientos externos, mientras ignora sus señales internas y sentimientos). Según él, la CD de no ser tratada, puede evolucionar en una adicción.

Mendenhall (1989a) tratando a los familiares de los miembros del A.A. concluyó que estas personas habían aprendido a adaptarse a los comportamientos anormales de sus familias de origen adoptando una conducta inadaptada. Es decir, para sobrevivir estas personas responderían a tal situación anormal desarrollando mecanismos de afrontamientos mejor descritos como dependencia disfuncional o CD. Estos mecanismos son continuados en la vida adulta y constituyen el ambiente propicio para seguir la disfunción o adicción. Por otro lado, una vez desarrolladas las normas y las creencias irracionales familiares, estas se eternizan a través de multigeneraciones y puede convertirse en una condición que apenas tiene que ver con la bebida/la adicción por sí misma. Colocando de manifiesto entonces, que CD es un fenómeno transgeneracional donde alcohólicos y no alcohólicos son víctimas de este modelo de dependencias disfunciones.

El modelo de CD descrito por Whitfield (1991, 1987/1999) trata CD como una enfermedad primaria completa (patrón de síntomas, curso, y tratamiento). Similar a Friel y Friel, Whitfield (1989, 1987/1999) describe su origen en la familia de origen; para él su génesis se inicia cuando el niño tiene sus observaciones, sentimientos y reacciones reprimidas por sus cuidadores. Él resalta que cuando el niño, durante su desarrollo, recibe una cantidad importante de mensajes destructivos, hiriendo el núcleo de su autoestima sana, sufre una pérdida o enajenación de su yo verdadero que da lugar a un yo codependiente (falso o interno); lo que resulta en una sensación de vacío, vergüenza, culpa, y otros estados afectivos negativos.

En el modelo de Mellody et al., (1989/2004) la CD es explicada como una "enfermedad" vinculada a las experiencias disfuncionales en la niñez (diversos tipos de abuso infantil) y a los cuidados parentales "menos-que-nutricios" o abusivos. El niño cree que los cuidados que recibe de su familia disfuncional son correctos pero inconscientemente se siente infeliz, poco cómodo o "bueno"; aparte siente que no puede agradar a sus padres siendo él mismo. De ese modo, creyendo que el abuso es normal y el malo es él, se encierra en la enfermedad de la CD con un yo desconocido u oculto que refleja en las áreas inter e intrapersonales del individuo. Para estos autores, el codependiente es inmaduro e incapaz de vivir plena y válidamente, siendo acometido por síntomas como: niveles inadecuados de autoestima (sentimientos de menos valía o

arrogancia y grandiosidad) y una “estima exterior” que basa su valor en cosas externas como el propio desempeño, la opinión y la conducta de otras personas; dificultad de establecer límites funcionales en las relaciones inter e intrapersonales, asumir y expresar su propia realidad, cuidar de sus necesidades y deseos de adultos, experimentar y expresar su realidad *con moderación*.

Prest y Protinsky (1993) explican la etiología de CD a través de la Teoría de Sistema Familiar (FST - Family Systems Theory) intergeneracional de Murray Bowen, proponiendo que el fenómeno emerge de los patrones de relación disfuncional arraigados sobre todo en el sistema emocional familiar intergeneracional. Estos patrones incluyen: mecanismos del vínculo de ansiedad (anxiety-binding mechanisms) en la forma de comportamientos de la triangulación, de la fusión, obligatorios o adictivos; falta de individuación intergeneracional, y de conciencia de sentimientos mientras que se centra externamente en el otro, en actividad, o en sustancia; dificultad para establecer niveles deseados de intimidad o distancia interpersonal; y sentido disminuido de identidad y autoridad personales. Tales procesos intergeneracionales son reforzados y transmitidos a través de la relación actual.

## **7. ¿Quien son las personas afectadas por la codependencia?**

Al considerar las definiciones y la génesis arriba citada, podríamos decir que la mayoría de las personas son codependientes dado que normalmente las personas suelen haber vivido en su niñez con algún tipo de “disfunción”. De hecho en la literatura desde hace dos décadas atrás ya se estimaban la existencia de 40 millones de norteamericanos etiquetados como codependientes, según Goff y Goff (1988) citados en Hughes-Hammer et al. (1998a). Las personas señaladas en la literatura como codependientes son:

- Personas que se relacionan directa e íntimamente personal o profesionalmente con: un alcohólico, adicto, personas con trastorno psicológico (depresión, adicción, trastorno alimentario, etc.), carente o dependiente. (Beattie, 1987/1998; Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a; Whiltfield, 1991)
- Familiares procedentes de familias donde existen reglas silenciosas y no escritas que en general establecen el ritmo de las relaciones. Tales reglas son comunes en los sistemas de las familias dependiente químicas, pero que pueden aflorar también en otras familias disfuncionales por otros motivos. (Beattie, 1987/1998; Whitfield, 1991)

- Personas que fueron víctimas de repetidos abusos físicos o sexuales (Cermak, 1986a), o abusos en las formas emocionales, intelectuales y espirituales (cualquiera experiencia en la niñez- del nacimiento hasta los 17 años - considerada “menos-que-nutricios”). (Mellody et al., 1989/2004)
- Personas que mantuvieron una relación primaria con un dependiente de sustancias activo por lo menos dos años sin buscar ayuda externa. (Cermak, 1986a)
- Personas, alcohólicas o no, con padres, o cónyuge, hijo, abuelos dependientes de alcohol/drogas, o codependientes, debido a que estos roles y creencias son una verdad multigeneracional. (Mendenhall, 1989a)
- Personas adictas al trabajo (workaholic), a sus hijos, a la televisión, a las relaciones, etc.; limpiadores de casa compulsivos; algunos manipulan, algunos son manipulados, y la mayoría de ellos hacen ambos por ciclos. (Friel & Friel, 1988)

## **8. Los instrumentos de evaluación de la codependencia**

Con la difusión y expansión del constructo entre los profesionales, y su amplia aceptación entre la población, tocaba a los expertos crear herramientas para evaluar la CD. Por lo demás, conforme resalta Harkness et al. (2001) el hecho de que los centros de tratamiento de dependencia química ofreciesen también cuidado para los familiares debido a la visión de los consejeros de que CD desempeña un papel causal en el comportamiento adictivo, siendo importante para el tratamiento del Abuso de Sustancia. Otra fuerte razón era que estos tratamientos eran pagados por terceros (fondos privados y públicos) que exigían que el tratamiento estuviese fundamentado en un diagnóstico preciso de los problemas del cliente, y planificado de tal manera que entregara un resultado efectivo en una forma más eficaz. Incluso, requerían que tal tratamiento estuviese basado en criterios de diagnóstico del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV), el diagnóstico y los niveles de atención estándares de la *American Society of Addiction Medicine* (ASAM), o las pautas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD-10). Por otro lado, como CD no era un trastorno reconocido bajo ninguno de estos sistemas de clasificación, algunos centros del tratamiento ofrecían servicios del tratamiento de CD a las familias, incluyendo los costes a los del dependiente químico. Mientras tanto, otros centros diagnosticaban a los miembros de la familia inadecuadamente, con diagnósticos psiquiátricos como trastornos de ajuste de la madurez o niñez y trastorno depresivo para facturar los tratamientos de la

CD de la familia. También había centros que proporcionaban tales servicios familiares sin coste. (Benshoff & Janikowski, 2000, p. 160 citado por Harkness et al., 2001)

Entonces, al igual que las definiciones, en un esfuerzo para cuantificar el fenómeno a través de instrumentos de diagnóstico y estudio, los científicos que trataban del tema crearon muchos en forma de cuestionarios, checklist, inventarios, criterio diagnóstico y escala. Entre ellos algunos miden la CD como rasgos de personalidad. En la Tabla 2 se puede apreciar cronológicamente los que fueron mencionados en esta revisión de la literatura.

**Tabla 2. Instrumentos para evaluar la codependencia encontrados en la revisión de la literatura.**

Autor/Año	Instrumentos
Friel, 1985	Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory (Sirvent, 2000; Stafford, 2001; Whitfield, 1991)
Norwood, 1985	Relationship Addiction (Whitfield, 1991)
Sexaholics Anonymous, 1985	Sexual Addiction (Whitfield, 1991)
Cermak, 1986a	Diagnostic Criteria for Codependent Personality Disorder (Cermak, 1986a; Sirvent, 2000; Stafford, 2001)
Whitfield, 1987	Family Drinking Survey (Whitfield, 1991)
Kritsberg, 1988	Co-dependent Relationship Questionnaire (Whitfield, 1991)
Potter-Efron y Potter-Efron, 1989	Codependency Assessment Questionnaire (CAQ) (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a; Stafford, 2001)
Wright y Wright, 1990	Acquaintance Description Form (Whitfield, 1991)
CoDA, 1990	Checklist from Co-Dependents Anonymous (Santos Donoso, s.f; Sirvent, 2000; Whitfield, 1991)
Kitchens, 1990	A Co-dependence Test (Whitfield, 1991)
Gossett, cited in Kitchens, 1990	Co-dependent Assessment Inventory (Whitfield, 1991)
Whitfield, 1990	Recovery Potential Survey (Whitfield, 1991).
Tony A., 1990	The Original Laundry List: The Problem And The Solution (Whitfield, 1991)
William Beck, 1991	Beck Codependency Assessment Scale BCAS) (Stafford, 2001)
Fischer, Spann y Crawford, 1991	Spann-Fischer Codependency Scale (SFCDS) (Sirvent, 2000; Stafford, 2001)
O'Brien y Gaborit, 1992	Co-Dependency Inventory (CDI) (Stafford, 2001)
Kottke, Warren, Moffett y Williams, 1993	Eight-Factor Codependency Scale (EFCDS) (Stafford, 2001)
Roehling y Gaumond, 1996	Codependent Questionnaire (CdQ) (Santos Donoso, s.f.; Sirvent, 2000; Stafford, 2001)
Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller, 1998	Codependency Assessment Tool (CODAT) (Hughes-Hammer, Martsolf, & Zeller, 1998a; Santos Donoso, s.f.; Sirvent, 2000; Stafford, 2001)
Noriega Gayol y Ramos Lira, 2002	Instrumento de CD (ICOD) (Noriega Gayol, Ramos Lira, Medina-Mora & Villa, 2008)

Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

Será interesante saber la relevancia de estos instrumentos a través del análisis bibliométrico de los documentos publicados.

## 9. La recuperación de la codependencia

Pia Mellody además de ser una experta en el tema, es también una codependiente en recuperación. Nos gustó de modo especial como ella describió el proceso de la recuperación de esta enfermedad, desde su punto de vista como paciente:

*...Para llegar a sentirnos bien debemos afrontar la codependencia en nuestras vidas y hacer algo con nuestros propios demonios dependientes. Si esperamos que otra persona (aunque sea un buen terapeuta) logre nuestra recuperación por nosotros, seguiremos inmobilizados, perdidos y enfermos. Nadie puede hacer este trabajo en lugar de nosotros, ni nadie está destinado a hacerlo. Aunque nuestros progenitores debieron habernos ayudado rodeándonos de una realidad funcional y de un cuidado respetuoso, en el día de hoy no hay ninguna necesidad de culparlos. Una vez realizado el daño, nuestros padres ya no pueden remediarlos o recomponernos. Tenemos que aprender a recuperarnos nosotros mismos.*

*Lo que yo espero es que al comenzar a reconocer los síntomas nucleares en nosotros mismos (y creo que corresponde empezar por allí) y a advertir sus perjudiciales consecuencias en nuestras vidas, podamos hacer dos cosas. Primero, procurar aprender a intervenir en la enfermedad: a tratarnos con más respeto, a desarrollar límites, a asumir nuestra realidad, a hacernos cargo de nuestras propias necesidades y deseos, y a encarar la vida con moderación. Segundo, podemos aprender a ser mejores cuidadores de nuestros hijos: a valorarlos adecuadamente, a no someterlos a abusos y a enseñarles a tener límites intactos, a permitirles asumir su propia realidad y a guiarlos hacia una mayor madurez, a nutrirlos como corresponde y a proporcionarles un ambiente estable mientras evolucionan hacia la adultez.*

*Si los hijos ya son adultos, la segunda tarea del codependiente consiste en aprender a actuar por su cuenta en la relación en recuperación. A menudo he oído algo en lo que creo mucho: lo mejor que podemos hacer por nuestros hijos adultos es entrar en recuperación nosotros mismo, y dejar que ellos encuentren libremente su propio camino hacia la cura. Nosotros podemos vivir en recuperación y presentar ese modelo, pero cuando los hijos son adultos deben tener la libertad de vivir sus propias vidas. Quizá debamos asumir que hemos causado la codependencia de ellos, pero no podemos ser los responsables de su cura, pues no podemos obligarlos a hacer lo necesario para recuperarse. Será un signo de nuestra propia recuperación el hecho de que sepamos reconocer la diferencia que existe entre presentar el modelo de una vida recuperada, compartir nuestra propia fuerza y esperanza, por un lado, y por el otro, atravesar los límites de nuestros hijos adultos y pretender que vivan a nuestro modo, aunque la nuestra sea una vida de recuperación. Así como nuestros padres no pueden hacerse cargo de nuestra cura, nosotros no podemos “hacer” que nuestros hijos se sientan bien, ni “darles” una parte de nuestra propia recuperación.” (Mellody et al., 1989/2004, pp. 261-262)*

## 10. Los tratamientos y las intervenciones

Como vimos anteriormente, la CD de no ser tratada puede deteriorarse de “un no vivir” a enfermedades graves como depresión, cáncer, cardíacas, etc. incluyendo las diversas adicciones, suicidio, trastornos alimentares, conductas inadecuadas tanto de agresor como de víctima, etc. Es igualmente perjudicial en casos de familias con problemas sea de adicción o algún problema crónico, pues impide que sea restaurada la “salud” o la “normalidad/funcionalidad”.

En la literatura vimos que el tratamiento de la CD puede consistir en psicoterapia individual o en grupo, terapia familiar o de pareja y asistencia a grupos de autoayuda. Muchos expertos en el tema diseñaron programas de recuperación para la CD, la gran mayoría fundamentada en sus experiencias de consejeros, psicólogos, psiquiatras, médicos, asistentes sociales y enfermeras, etc.; algunos de ellos eran también codependientes en recuperación. En este trabajo citaremos algunos de estos programas.

### 10.1. Los 4 pasos de Mellody et al.

Autores como Mellody et al. (1989/2004), conciben la posibilidad de la recuperación pasar por el propio codependiente y los CoDA, siguiendo una ruta de 4 pasos pero resalta que cuando el individuo no logra hacerlo solo, debe contar con la ayuda de un profesional que trabaje con CD, además de buscar apoyo en el CoDA.

Para Mellody et al. (1989/2004) el tratamiento del codependiente es muy difícil y el dolor extremo (cuando se toca el fondo del pozo) es la muela propulsora que lleva a la persona a “*estar dispuesta a hacer ‘cualquier cosa’ con tal de cambiar*” (p.259). Es importante que ella perciba que precisa cambiar para trabajar seriamente en su recuperación. Según estos autores la autorecuperación pasa por 4 pasos. El primer es ver y reconocer los síntomas en sus vidas. Es necesario que el codependiente sea consciente de las dolorosas consecuencias provocadas por sus conductas disfuncionales. Se trata de una fase dolorosa, con miedos e incertidumbres por descubrir que sus conductas son disfuncionales pero a la vez con alegría por la recuperación. Este dolor no es permanente, pero puede durar más o menos un año, por lo que se necesita coraje y una relación con el poder superior, hasta que se alcance un mayor bienestar. La autora, comenta la importancia de la asistencia a las reuniones del grupo de auto-ayuda CoDA y el trabajo con el programa de los doce pasos para conseguir la recuperación, resaltando la necesidad del codependiente hablar tanto de la enfermedad y como influye en su vida como de los

éxitos logrados en la recuperación para ayudar a ser consciente del progreso y la mejoría, además de brindar experiencias, fuerza y esperanza para los otros.

El segundo paso de Mellody et al. (1989/2004) es escribir el “paso uno” de los doce pasos adaptados para los codependientes (“Admitamos que no tenemos poder sobre los otros, y que nuestras vidas se han vuelto ingobernables”). Ello consiste en dos partes: a) escribir cómo uno experimenta cada síntoma nuclear (eso permitirá conocer como uno se siente impotente frente a la CD), y b) escribir el resultado de los síntomas en su vida (eso permitirá comprender dónde es incontrolable). Los autores sugieren como tercer paso la elección de un padrino que ya tenga su tiempo de recuperación y una conducta funcional con relación a alguno de sus síntomas de CD. El objetivo es que el padrino/madrina ofrezca al codependiente cuidados parentales y nutricios a la vez que le hace afrontar la realidad diciéndole con sinceridad como le ve y repitiéndolo cuanto sea necesario hasta que el ahijado la capte. Es sumamente importante que este padrino/madrina sea del mismo sexo del codependiente, salvo que este sea homosexual, para evitar entrar en una relación romántica o sexual, lo que resultaría inadecuado y disfuncional para la recuperación de ambos. En el cuarto y último paso, el codependiente debe enfrentar interiormente cada uno de los síntomas nucleares: inexistencia o baja autoestima, límites deteriorados, no aceptar y tomar consciencia de su realidad, desatender sus necesidades y deseos, actuaciones extremas.

Según el testimonio de la autora, Pia Mellody, hablando del proceso de su propia recuperación, todos los sentimientos que tenía (el dolor y la vergüenza por el pasado, y el miedo a no estar bien nunca) fueron sustituidos por una serenidad cuya base era la esperanza experimentada por ella. Esta esperanza se debía a su poder superior, a los doce pasos y a sus amigos del tratamiento. No obstante, en la CD no se logra un estado permanente de recuperación; mientras el codependiente sigue un programa de recuperación, puede llevar una vida más sana y funcional. Pero si empezara a pensar que está “bien” y ya no necesita trabajar con un programa de recuperación, estará expuesto a recaídas. (e.g.: “...cuando trato de obtener una recuperación ‘perfecta’ quedo enredada de nuevo en la enfermedad...” p.260) (Mellody et al., 1989/2004). Es decir, cuando el codependiente intenta retomar una de las conductas disfuncionales como ser controlador, perfeccionista, etc. está nuevamente dejándose atrapar por la CD.

## 10.2. El programa de tratamiento de Potter-Efron y Potter-Efron

Potter-Efron y Potter-Efron (1989c) crearon un programa de tratamiento de CD de ambulatorio de doce semanas combinando la educación, la terapia individual y de grupo. Este tratamiento parte de la premisa de que los codependientes tienen el derecho y la capacidad de hacer cambios fundamentales en su auto-concepto, su visión del mundo y sus comportamientos diarios, los cuales pueden producirse independiente de si el alcohólico cambió o la manera en que lo hizo. De ese modo el objetivo es provocar cambios en 4 importantes esferas: el comportamiento, la cognición, la emoción, y la espiritualidad. Además actúa en 8 áreas muy específicas: el miedo, la larga desesperación, la vergüenza/culpabilidad, la cólera, la negación, la rigidez, la disminución del desarrollo de identidad, y la confusión.

Las cuatro primeras semanas son la fase intensiva del programa y en las últimas ocho los participantes tienen la oportunidad de practicar sus cambios y volver semanalmente el grupo de apoyo y validación. Tal programa de tratamiento consiste en una 1ª entrevista de 2 horas para la evaluación/selección, 6 sesiones de 1 hora de terapia individual, 8 conferencias educativas de 1 hora, y 16 sesiones de 2 horas de terapia de grupo. Aunque no es obligatoria la participación del alcohólico o de otro familiar, los hijos de los codependientes son invitados a una sesión educativa y el alcohólico puede ser visto en sesiones individuales o de pareja durante las 12 semanas. (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989c)

Está dirigido a los hijos adultos, cónyuges/parejas/ex-pareja, y los padres de personas alcohólicas o dependientes químicos. Los candidatos son seleccionados durante la entrevista donde se aplica el “CAQ” y se recogen informaciones importantes como: la experiencia de vida del cliente con alcohólicos o en otras situaciones familiares muy estresantes; la historia clínica del cliente (enfermedades relacionadas con el estrés), alcohol/drogas, e historia psiquiátrica; el grado de crisis actual (hijos adultos huérfanos o separados de sus parejas y que en aquel momento no viven una situación disfuncional tienden a ser menos críticos que los que están en el medio a la situación estresante). *“No obstante, un denominador común para casi todos los clientes es la sensación de estar atrapado - física, emocional o cognitiva-, no pueden salir de los patrones de actividad y relación profundamente arraigados” (p.152).* El candidato es excluido cuando: a) no tiene suficientes características de CD de acuerdo con el “CAQ”, b) es co-dependiente, pero tienen otro problema prioritario: dependencia química, depresión orgánica, etc.; c)

necesita terapia individual intensiva y no se beneficiaría de una terapia de grupo, y d) trabajó previamente en su CD lo suficiente, por lo que serían más provechosos otros tipos de terapia. (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989c)

Los terapeutas ofrecen a los participantes una lista especificando los objetivos específicos a ser alcanzados por ellos: a) Comportamental: asistir al programa con regularidad; asistir a Al-Anon, al menos una vez por semana; completar tareas a tiempo, practicar diariamente el auto-cuidado adecuado, y, los principios del desapego y de interdependencia mutua en relaciones significativas; b) Cognitivo: comprender y aceptar los conceptos de la enfermedad del alcoholismo, de separación, individuación y la configuración de límite, y de reciprocidad y la interdependencia en la relación; tomar conciencia de los efectos del alcohol/drogas sobre el co-dependiente; c) Afectivo: identificar sus sentimientos y ser conscientes de ellos tal como ocurren; practicar compartirlos con sus compañeros, familiares y su grupo; entender cómo sus sentimientos han sido o son afectados por las relaciones co-dependientes; desarrollar la capacidad de ser responsable sólo por sus sentimientos y de separarse de los sentimientos ajenos; y d) Espiritual: sustituir a la desesperanza y desesperación por una adecuada esperanza, y los sentimientos de vergüenza y deficiencia con un sentido de autoestima y pertenencia en el mundo; revisar y modificar su sistema de valores reforzando el amor propio y las relaciones mutuas; revisar y desarrollar una relación personal con el Poder Superior como lo entiende. (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989c)

Este programa viene promover especialmente la individualización y diferenciación, rompiendo la dependencia que los co-dependientes tienen a los demás para generar su autoestima.

### **10.3. El modelo de tratamiento de Mendenhall**

El modelo de tratamiento de Mendenhall (1989b) donde lo fundamental es que el codependiente logre reconocer su propia situación -su propia realidad-, fue desarrollado desde su trabajo clínico que demostró eficacia tanto con los alcohólicos y los que no, así como en los que sufren de la CD. Mendenhall describió once pasos y seis etapas como modelo para la recuperación de la CD y que representan las principales áreas de su diseño de un tratamiento.

Aquí están los 11 pasos del programa de tratamiento de Mendenhall (1989b) que el codependiente debe realizar:

- 1) Reconocer su propia realidad, es decir, reconocer su vulnerabilidad genérica, biológica y psicológica, y su familia de origen disfuncional (debido a la aplicación de algunas normas estrechas y rígidas, limitación de las creencias y patrones de comportamiento).
- 2) Restablecer su auto-confianza.
- 3) Evitar ser súper-responsable.
- 4) Reconocer su pobreza emocional. Los co-dependientes aprendieron a evitar sentimientos. Ellos deben ahora aprender a sentir la forma en que se sentirían si ellos ya hubiesen tenido este sentimiento.
- 5) Volver a conectar el sentir y la experiencia, así como el pensamiento y el sentimiento.
- 6) Reconocer sus necesidades personales.
- 7) Aprender la moderación.
- 8) Reconocer escenas retrospectivas. Aprender estrategias de afrontamiento en lugar de estar atrapado por su pasado.
- 9) Aclarar la confusión del estado de sus sentimientos.
- 10) Restaurar sus varios patrones de relacionar.
- 11) Elaborar un proyecto de ley de derechos para sí mismo. Debe ser una lista detallada de lo que cada ser humano merece como condición de vida. Conseguir que el co-dependiente trate a sí mismo como él cree que los otros deben ser tratados es un paso necesario en el tratamiento de la CD.

El proceso de recuperación de la CD es necesariamente lento, teniendo como máximo tres años de duración. Estas medidas deben ser presentadas en una forma reflexionada, en caso contrario, el proceso puede volverse perjudicial y contraproducente, y requerirá una terapia adicional. El bienestar requiere paciencia, tiempo y la práctica tanto por parte de terapeuta como del paciente. (Mendenhall, 1989b)

Según Mendenhall de la recuperación de CD pasa por seis etapas:

- 1) “Undoing”<sup>6</sup>: Esta es una etapa dolorosa y exigente. Para el codependiente las cosas de las cuales se está desprendiendo, aunque perjudiciales, tienen valor puesto que él aprecia lo conocido, aún no percibe su inutilidad y tampoco sabe lo que va remplazar “sus cosas”.

---

<sup>6</sup> Undoing = Cualquiera de los diversos procesos mentales por lo general inconsciente, entre ellos la negación, proyección, racionalización y represión, que protegen el ego de la vergüenza, la ansiedad, los conflictos, la pérdida de la autoestima, o de otros sentimientos o pensamientos inaceptables.

- 2) Recopilación y clasificación de datos: el codependiente debe decidir qué conductas son útiles y cuáles no.
- 3) Cesión: un período de renunciar a los comportamientos que parecían ser deseable.
- 4) Asentamiento o consolidación: El codependiente comienza a ver el valor de lo aprendido y puede transferir el aprendizaje de una situación a otra.
- 5) El codependiente empieza a preguntarse lo que realmente desea en cualquier circunstancia. Es un período de inquietante ansiedad que lleva meses de práctica.
- 6) Progreso: el nuevo comportamiento se ha convertido en una norma y se espera que con la realización, surjan la paz y la serenidad. (Mendenhall, 1989b)

Los expertos en CD como Mendenhall (1989b) miraban con optimismo y esperanza este nuevo conocimiento:

*Hoy en día con los conocimientos, habilidades y recursos, los necesitados de ayuda pueden encontrar ayuda y recuperación. Sólo hace diez años esta misma gente no sabía lo que estaba mal ni tampoco había profesionales entrenados y experimentados. Estamos viviendo en una nueva era: los terapeutas entienden la co-dependencia, en cada comunidad empiezan grupos de los doce pasos específicos de co-dependencia. Miles de personas cuyas vidas eran caracterizadas por el exceso, la confusión, la incapacidad de los padres, y las agotadoras relaciones personales fallidas ahora tienen esperanza. Las personas anteriormente ignoradas o definidas como neuróticas pueden aprender a conducir suyas vidas de manera más productiva, integrada y feliz. (p. 86)*

## **11. El futuro de la codependencia**

Cermak, en 1986a, al referirse al futuro de la CD comentaba que ésta estaba en sus primeras etapas de desarrollo. En su análisis observó la existencia de algunos obstáculos a ser superados para que el concepto tuviera mayor aceptación y se convirtiera en una sofisticada herramienta para ayudar a los profesionales. Son estos:

- La insuficiencia de datos para su inclusión en el DSM.
- Las características de la CD tienen una aplicación más amplia que sólo en el campo de la dependencia química.
- La inclusión de la CD en una nomenclatura diagnóstica posiblemente abriría la caja de Pandora.
- La rápida recuperación de algunos co-dependientes argumenta en contra de la conceptualización de su condición como un trastorno del carácter.

Cermak (1986a) cree que si bien el concepto haya sido descubierto y conceptualizado en el campo de la dependencia química, será exportado al campo de la salud mental como una herramienta didáctica, un concepto psicológico, y finalmente una categoría diagnóstica. Él piensa que cuando ocurre eso se debería cambiar de nombre puesto que muchas personas no estaban satisfechas con el término "CD". Además cree que es un error intentar simplificarlo por tratarse de un concepto psicológico más complejo que la mayoría, pues se refiere a las dinámicas intrapsíquica e interpersonal. En sus propias palabras: *"Es esta complejidad que lo eleva más allá de mero redescubrimiento o reformulación de los trastornos de la personalidad."* (p. 102)

Este autor ve una carencia en la nomenclatura actual para describir las distorsiones relacionales en las esferas intrapsíquicas e interpersonales, y predice que es justo ahí donde entra el constructo:

*La co-dependencia un día será mejor caracterizada como una enfermedad de las relaciones. Si esas relaciones son entre el yo y los sentimientos o el yo y los otros, los problemas son los mismos. La nomenclatura actual para la descripción de las distorsiones en las relaciones que abarcan a las esferas intrapsíquica e interpersonal es escasa, a lo mejor. Incluso nuestra capacidad para conceptualizar sobre ese plano complejo está poco desarrollada. Sin embargo, es en este sentido que puntúa el concepto de co-dependencia. (Cermak, 1986a, p. 104)*

## **12. Las críticas al constructo**

A mediados de los años ochenta, el constructo CD empezaba a atraer fuertes críticas, sobre todo por razones empíricas (Wright & Wright, 1999).

Algunos autores criticaron que las descripciones teóricas y suposiciones del síndrome carecían de investigaciones diagnósticas de los signos y de los síntomas (Loughead et al., 1998; Loughead et al., 1995; Myer, Peterson & Stoffel-Rosales, 1991; Prest & Protinsky, 1993) obstaculizando una comprensión más rigurosa del constructo (Prest, Benson & Protinsky, 1998).

Otros como Anderson (1994) y, Frank y Golden (1992) consideraron que el constructo patologizaba los comportamientos asociados a calidades femeninas ignorando el papel de las estructuras sociopolíticas opresivas en los roles de las mujeres.

Irwin (1995) matizó que no estaba claro cómo el concepto de CD era mejor considerado, si como un desorden psicológico, como un rasgo de personalidad, o como una condición social.

### 13. La codependencia en España

En España, encontramos algunos autores como Mansilla (2001, 2002), Ladish (2003), Castelló (2005), Sirvent (2000, 2006), Sirvent y Moral (2007), Moral y Sirvent (2009) que abordan el tema.

Mansilla (2001, 2002) la aborda desde la terapia interpersonal. Este autor la define como una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de los demás y las relaciones, debido a su propia inseguridad.

Al igual que otros autores, Mansilla (2001, 2002) observa que la CD puede concebirse a partir de las necesidades infantiles no satisfechas durante su niñez, lo que imposibilita una maduración favorable para poder adaptarse a situaciones de relaciones interpersonales. Al no satisfacerse adecuadamente las necesidades físicas y emocionales del niño, su self verdadero va construyendo las etapas evolutivas apoyándose en un yo subordinado, lo cual desarrolla roles para superar las experiencias problemáticas de la infancia. El aprende a “servir a los demás”, con abandono de sus propias necesidades para sobrevivir a este entorno hostil. Estableciendo así, un vínculo defectuoso. Luego en la fase adulta, el codependiente utiliza estas mismas conductas ineficaces buscando aliviar el dolor y la pena por sentirse abandonado; paradójicamente tales conductas codependientes perpetúan esos sentimientos. Este vínculo defectuoso que establecido por el codependiente se manifiesta en la preocupación por lo que piensa él, en el recelo a la pérdida de la relación, sintiendo y viviendo la culpa, y siempre buscando reparar. El mundo interrelacional del codependiente es percibido “como peligroso, entre la necesidad de proteger y el temor a ser abandonado, anticipando la excesiva separación y sobre todo la pérdida de amor.” (Mansilla, 2001, 2002)

Con este pensamiento Mansilla (2002), cree que a pesar de la fragilidad del término CD se podría diseñar un modelo conceptual y comprensivo. Según este autor, para la existencia de la CD son necesarios unos factores:

- 1) Predisponentes: un fallo en el vínculo madre-hijo imposibilitado a desarrollar su yo (self), su propia subjetividad (Lanfond, 1991) (Jauregui, 2000). Así, su subjetividad tendrá que surgir por medio de otra persona.
- 2) Precipitantes: procesos de separación, pérdida y duelo (real o simbólica) de figuras significativas, rotura brusca de la homeostasis familiar, situación estresante causada por algún problema crónico (p. ej. Adicción o enfermedad de un familiar, abandonos del hogar, separaciones, divorcios), existencia de nuevas

demandas en el entorno presentadas de forma aguda y/o con escaso tiempo para la elaboración y adaptación, y que exigen respuestas concretas en cortos espacios de tiempo.

- 3) Mantenimiento: distorsiones cognitivas, especialmente del tipo de creer que su razonamiento es el que contiene mayor nivel de certeza (p. ej.: negar sus necesidades básicas o confiar en una solución casi mágica de la adicción o enfermedad del otro).

Entonces, los factores predisponentes llevarían a una vulnerabilidad que facilitaría el impacto de los factores precipitantes. Estos a su vez, originan los síntomas que identifican a la CD. Y los factores de mantenimiento actuarían sobre los factores precipitantes para que su acción perdure la CD. Visto de ese modo, el término codependiente se refieren a que la dependencia es cosa de dos: un sumiso (dependiente manifiesto) y un controlador (dependiente larvado) que se necesitan recíprocamente para la supervivencia emocional. Una caricatura adulta de la simbiosis original madre-hijo (May, 1994). (Mansilla, 2002)

Mansilla (2001, 2002) propone la Psicoterapia Interpersonal como tratamiento para reconstruir la identidad dañada del codependiente fomentando su autoestima, su reconocimiento de sus sentimientos, su autoconcepto positivo y su asertividad, y, potencializando sus habilidades relacionales (Goikoetxea et al., 1994). Se trata de una adaptación de la Psicoterapia Interpersonal (Klerman & Weissman, 1993), con un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, que comenzó siendo utilizada en la depresión y luego en la distimia, en drogodependencias, y en los trastornos alimentarios, bipolar y borderline de la personalidad (Fernández et al., 1997). Aquí el terapeuta tiene una actitud activa apoyando y colocándose al lado del paciente; y la relación terapéutica no es una relación de amistad, y tampoco es analizada como una manifestación de la transferencia. (Mansilla, 2001, 2002)

Las estrategias de este tratamiento es constituido por tres fases:

1ª fase: Se hace un contrato o compromiso terapéutico explícito y se relaciona la CD con el contexto interpersonal analizando las relaciones interpersonales presentes y pasadas. A seguir determina los objetivos del tratamiento: reconocer la existencia de un problema; desprenderse emocionalmente de los problemas de los demás; responder con acciones abandonando al rol de sufridor; centrar la atención y energía en su propia vida; asumir su responsabilidad sin vivir la situación con sentimiento de culpa; salir del entorno

familiar conlleva fortificar las fronteras de la familia y abrir nuevos círculos (asociaciones, trabajo o voluntariado). (Mansilla, 2001, 2002)

2ª fase: Son trabajados los principales problemas interpersonales actuales en las siguientes áreas-problemas: a) Duelo (aborda la actual relación de CD comparándola con las relaciones perdidas y explora los sentimientos, tanto positivos como negativos, y analiza las ventajas y desventajas de esa relación); b) Disputas personales (renegocia las diferencias de la relación del codependiente con el adicto, los otros familiares y la red social, recobrando a libertad de crear nuevos vínculos y realizando cambios); c) Déficit interpersonal (asocia la CD con los problemas de aislamiento social o de insatisfacción y examina las patrones repetitivos en las relaciones); d) Transiciones de rol (aborda los roles perturbados explorando las posibilidades de un nuevo rol más autónomo desarrollando nuevas habilidades para desempeñarlo y evaluando de forma realista lo que se puede perder). (Mansilla, 2001, 2002)

3ª fase: Son revisados los progresos efectuados y se habla explícitamente sobre el fin de la relación terapéutica, reconociendo ésta como un período de separación, despedida y duelo, y reforzando el sentimiento de independencia del paciente y su madurez para abandonar y ser abandonado. (Mansilla, 2001, 2002)

En este tratamiento es posible hacer uso de todas las técnicas que sirvan para reconstruir el pasado y distinguir en él nuevos argumentos que apunten hacia un futuro más esperanzador. De ahí su eclecticismo técnico. (Mansilla, 2001, 2002)

Otra autora española encontrada en la revisión de literatura fue Ladish (2003), quien cree que por detrás de los procesos adictivos, del alcoholismo, de los trastornos alimentarios, etc. está la CD, coincidiendo con autores como Beattie (1987/1998). Ladish, además, la concibe como una obsesión por los demás. El codependiente vuelca toda su atención en las actitudes o acciones del otro, sintiendo una necesidad imperativa de controlar todo y perdiendo la conexión consigo mismo, deja de ser dueño de sus actos y pensamientos. Su energía y ánimo oscilan según la reacción de los demás. Según ella tal obsesión se debe a la incapacidad de llenar su propio vacío emocional o espiritual lo que lleva al individuo a intentar que los demás lo hagan por él (Ladish, 2003). En este punto, Ladish comparte la misma opinión de Walter Riso (1999), psicólogo clínico argentino y autor de libros como *¿Amar o Dependier?*.

Por otro lado, Jorge Castelló (2005), considera CD como un caso más grave y peculiar de Dependencia Emocional (D.E.). Según este autor, se trata de una forma

atípica de D.E., con componentes de idealización y admiración, culpabilidad y auto-punitivo que obliga al codependiente a salvar a sus parejas; suelen ser más auto-destructivos que los D.E. “puros”.

Sirvent (2000, 2006), similarmente, clasificó la CD, dentro de las principales dependencias relacionales (D.R.), como “mediatizada” (por trastornos adictivos sobre todo con drogas y alcohol). El investigador observó que, en la literatura anglosajona, habitualmente se encuentra el término CD como sinónimo de todas las D.R. También aclara que en España, a diferencia de los anglosajones, la expresión dependencia emocional tiene entidad propia y un arraigo creciente. Sirvent (2000) dijo que el término codependiente es utilizado para referirse *“a sujetos que mantienen un determinado tipo de patrón comportamental, actitud y demás elementos cognitivos respecto a un sujeto adicto (alcohólico casi siempre) con el que conviven y con quien mantiene un vínculo y unas relaciones patológicas.”* (p.7).

Además, Sirvent (2006), en su investigación encontró como características de CD la falta de identidad propia, perdiendo la conexión entre lo que se siente, se necesita y desea, con auto-negligencia e inversión de grande energía en conservar la imagen o el status debido a una baja autoestima.

Según Sirvent (2006), Sirvent y Moral (2007a) y Moral y Sirvent (2009) la CD es una dependencia sentimental mediatizada, o sea, secundaria a trastornos adictivos, propia de familias disfuncionales y adictos. Es considerada como coadición con raíz caracteropática determinada por una difusión de la identidad propia, una centralización en el otro y una tendencia a sobrecontrolar a la persona de la cual se depende. Cursa con una deteriorada autoestima y unas inadecuadas habilidades interpersonales con tendencia al sacrificio y la abnegación en las relaciones que conlleva un descuido de las necesidades propias y mina la identidad personal y social. Son frecuentes los mecanismos de negación y afrontamiento y subyace una pérdida de la conexión entre lo que se siente, se necesita y se desea.

Para Moral y Sirvent (2009) es necesario hacer una distinción entre las dependencia conceptuadas como dependencias relacionales genuinas, con identidad propia, (dependencia emocional, adicción al amor, dependencias atípicas) y las mediatizadas conceptuadas como coadicciones (CD y bidependencia), consideradas como secundarias a trastornos adictivos. Los autores nos proporcionan una Tabla de definiciones y características de las dependencias sentimentales (Figura 2) (Sirvent & Moral, 2007b)

**Figura 2. Definición y características de las dependencias sentimentales.**

<p><b>*DEPENDENCIA AFECTIVA O EMOCIONAL</b> Se define como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones interpersonales de apego patológico.</p> <p><b>Características de la dependencia afectiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Posesividad y desgaste energético intenso.</li><li>● Incapacidad para romper ataduras.</li><li>● Amor condicional (dar para recibir).</li><li>● Pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro).</li><li>● Locus externo (la solución está fuera).</li><li>● Voracidad de cariño, de amor.</li><li>● Antidependencia o hiperdependencia del compromiso.</li><li>● Sentimientos negativos (culpa, vacío, miedo al abandono).</li></ul> <hr/>
<p><b>*CODEPENDENCIA (CDP):</b> Es un estilo de relación donde la pareja del adicto (alcohólico o adicto a otras sustancias psicoactivas) sostiene percepciones y conductas que reflejan su tolerancia al abuso de sustancias del paciente y un modo de vida que gira alrededor de él. Particular relación de dependencia que establece un sujeto normal respecto a un sujeto adicto.</p> <p><b>Características de la CDP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ejercer de redentor / cuidador / sobreprotector / hiperresponsable.</li><li>● Autoengaño (mecanismos de negación),</li><li>● Autonegligencia.</li><li>● Límites del yo desdibujados.</li></ul> <hr/>
<p><b>*BIDPENDENCIA (BDP):</b> Hábito relacional acomodaticio típico de un adicto o ex adicto a sustancias con un comportamiento subsumido al primariamente adictivo fruto de un aprendizaje sociopático por lo común intenso y que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas.</p> <p><b>Características de la BDP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Falta de conciencia real del problema.</li><li>● Inhibición de la propia autonomía y delegación de la toma de decisiones.</li><li>● Búsqueda obsesiva de la pareja, minimizando, obviando u ocultando sus defectos a la vez que destacando que dicha persona es la única que le estimula como el bidependiente quiere.</li><li>● Frecuentes sentimientos de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia relaciones intensas, incluso peligrosas.</li></ul>

Fuente: Sirvent (2004) citado en Sirvent & Moral, 2007b

Asimismo, Sirvent (2006) explicó que se puede describir psicométricamente los diferentes tipos de dependencia sentimental: dependencia afectiva, bidependencia y CD juntando los macrofactores y factores resultantes.

Sirvent y Moral presentaron en 2007 un test autoaplicado informatizado, el TDS-100, que diagnostica tanto los diferentes tipos de dependencia sentimental existentes (relacional, afectiva, CD y bidependencia), como los macrofactores y factores de importancia clínica concluyente en el ámbito relacional. (Sirvent & Moral, 2007b)

Para tanto, entre 2002 y 2006, fue realizado un estudio de investigación clínica en Madrid y Oviedo con el principal objetivo de profundizar en un análisis clínico de las dependencias sentimentales (dependencia afectiva, bidependencia y CD) contribuyendo con claves interpretativas y diferenciales entre las dependencias relacionales. Uno de los otros objetivos era construir un instrumento diagnóstico de la dependencia sentimental, dependencia afectiva, bidependencia y CD, con una adecuada fiabilidad y sólida

estructura factorial, el TDS-100. La fundamentación psicométrica se basó en un instrumento de análisis de la bidependencia (autodestructiva y parasitaria), el CBp-25 (Sirvent & Martínez, 2000) y los instrumentos disponibles de evaluación de la CD como el conocido SF CDS (Spann-Fischer, 1991) o el CDQ (Roehling & Gaumont, 1996). (Sirvent & Moral, 2007)

La población blanco de este estudio consistía en 3 grupos: Grupo de dependientes sentimentales identificados (afectivos, codependientes y bidependientes), Grupo control y Grupos de comparación. Como instrumentos de anclaje utilizaron el CBp-25, el CODAT (Pérez & Delgado, 2003), la Escala de Dependencia Emocional (Caldera & Tascón, 2001), así como el Cuestionario de Dependencia Interpersonal (Hirschfeld et al., 1976). Además los siguientes protocolos fueron añadidos a las poblaciones afectas y grupos de comparación no control: Historia Autobiográfica Integradora, Escala Triangular de Sternberg, Protocolos Abiertos e Historia Clínica ad hoc. Ellos realizaron una doble decantación (clínica y experimental) y a continuación elaboran un pre-test y dos tests ulteriores refinados con los síntomas más significativos (mayores saturaciones de los ítems). Los resultados obtenidos en los análisis del TDS-100 confirmaron una elevada fiabilidad encontrada en el indicador Alfa de Cronbach con un valor de .956 para 100 ítems y una muestra de 585 sujetos. (Sirvent & Moral, 2007)

#### **14. La codependencia en Brasil**

Nuestra revisión de la literatura sobre CD en Brasil nos muestra que el fenómeno ha sido investigado primordialmente bajo el concepto del funcionamiento de los familiares del alcohólico y del dependiente químico (Bortolon, 2010; Bortolon, Ferigolo, Grossi, Kessler & Barros, 2010; Duarte, 2005; Ferreira, R., 2006; Ferreira, S., 2000; Hernández Castañón, 2007; Moraes, 2008; Moraes, Braga, Souza & Oriá, 2009; Santos, 2004; Silva, 1999; Zanelatto, 2003). Pero también encontramos trabajos relacionando la CD con el vínculo afectivo (Humberg, 2004), con la anorexia nerviosa (Ramos, 2009), con trastorno de personalidad (Zampiere, 2004a; 2004b; 2004c), la formación de la identidad femenina y violencia doméstica (Lima, 2010) o la educación del familiar como tratamiento del dependiente y del codependiente (Lucena, 2006). De estos trabajos destacamos algunos a continuación.

Ferreira (2000), aborda el tema de la CD entre los familiares de alcohólicos desde una perspectiva sistémica para una mejor comprensión del fenómeno y con el objetivo de organizar una pastoral involucrando la comunidad como un conector, mediator y facilitador. De igual modo, Duarte (2005) fundamentada en el pensamiento sistémico buscó conocer y entender el sistema familiar, sus patrones de funcionamiento y la fuerza de la familia para superar la CD del alcohol.

Un trabajo interesante es el de Lucena (2006), que desde una perspectiva de la educación, apuntó la necesidad e importancia de una educación eficiente para la familia de los alcohólicos para la prevención de la dependencia y de la CD del alcohol. Esta investigadora trabajó con los alcohólicos y sus familiares mayores, utilizando de estrategias para lograr la toma de consciencia, el rescate del autocuidado, y ayudar a superar las consecuencias de la dependencia y la CD del alcohol con la autonomía de los sujetos implicados. Los datos cualitativos, a través de los relatos de vida, indicaron factores socioeconómicos y culturales que envuelven el alcoholismo y sus consecuencias intergeneracionales. A demás la autora apunta el alcoholismo como un problema que afecta las muchas generaciones y a la salud de las familias (trastornos biopsicosociales, espirituales, éticos, culturales y educacionales) involucrando la dependencia y la CD.

De la investigación de Lucena (2006) merece destacar las conclusiones de sus reflexiones, análisis y evaluaciones: la educación popular en la salud trabajando conjuntamente con los movimientos de autoayuda demostró ser un abordaje eficiente y eficaz para la problemática. Entre los resultados positivos de esta investigación-acción está la contribución para elevar la calidad de vida de las familias afectadas y mejorar la convivencia familiar, aumentar la capacidad del autocuidado con la salud, contribuir con la paz además de colaborar con la creación de un espacio para la educación profesional del Equipo de la salud de la familia utilizando una abordaje segura para la dependencia y la CD del alcohol.

Investigaciones de autores como Bortolon (2010), Bortolon et al. (2010), Moraes (2008) y Moraes et al (2009), realizadas con familiares de dependientes químicos revelaron los rasgos de CD y el sufrimiento de estos familiares resaltando la necesidad de una intervención de salud para la familia así como la importancia en el tratamiento del dependiente.

Humberg (2004) investiga CD desde la perspectiva de la teoría del vínculo. Sus hallazgos indican que los familiares de dependientes químicos también presentan una dependencia del vínculo y que esta dependencia se aplica igualmente a otros tipos de

familias. Debido a este hallazgo la investigadora sugiere que el fenómeno sea nombrado patología de dependencia del vínculo.

Con un abordaje diferente, Ramos (2009) realizó una investigación con adolescentes (16 a 22 años) con diagnóstico de trastorno de anorexia nervosa, y con el objetivo de comprender la vivencia de adolescentes anoréxicas, desde un abordaje fenomenológico. Uno de sus hallazgos apuntó que las relaciones familiares de estas adolescentes son más cercanas con la madre y reveló dependencia afectiva y CD, dificultando el desarrollo de la independencia y la autonomía de las adolescentes.

Otra autora, Zampiere (2004b), se destaca en la literatura sobre CD en Brasil. Ella buscó detectar un patrón de sentimientos en interrelaciones de CD, e investigar las posibles correlaciones en estos patrones relacionales en la familia así como la reincidencia de los síntomas psicósomáticos. La investigadora entrevistó 50 sujetos con histórico de alcoholismo de padres, abuelos, hijos o netos. Sus hallazgos revelaron diferencias significativas en las variables: sentimientos, comportamientos, recuerdos de la niñez y expectativa, tanto en los datos de prontuarios sobre los síntomas como de la frecuencia de las visitas médicas. De este modo, concluye que existe un patrón relacional característico de la CD, además tales patrones emergen en individuos con familiares alcohólicos, también concluye que los individuos identificados como codependientes utilizan con mayor frecuencia los servicios sanitarios presentando a menudo síntomas psicósomáticos que la media de las personas sin este patrón relacional.

Zampiere (2004a) argumenta y comparte la opinión de Beattie (1987/1998) de que la vivencia de los alcohólicos y sus familiares es muy compleja puesto que sus relaciones están marcadas por reacciones emocionales compulsivas y estresantes con vivencias dolorosas y debilitantes que afecta al bienestar de todos. Según esta autora la CD es caracterizada por comportamientos mal adaptativos y compulsivos, aprendidos en el convivio familiar con el fin de sobrevivir a un gran estrés o intenso y largo dolor. La obsesión del codependiente con el comportamiento del alcohólico lleva a algunos de sus miembros a sentirse furiosos, otros a pasividad, deprimidos, desinteresados, baja autoestima, control obsesivo con los demás y su entorno, llegando a comportarse autodestructivamente. Este conjunto de comportamiento del codependiente contribuye en la reincidencia del alcohólico, según Zampiere.

Por otro lado, en la literatura revisada autores como Beattie (1987/1998), Cermak (1986) y Subby (1984/1988) comentan que CD es una enfermedad que pasa de generaciones a generaciones. En este sentido, el trabajo de Zampiere (2004a) la llevó a

concordar con la literatura, igualmente ella afirma que tales comportamientos aprendidos repasados al convivio familiar tiende a mantenerse aun cuando no encaja en las actuales demandas familiares (comportamientos maladaptativos y resistentes al cambio). No obstante, estos comportamientos pueden ser superados a través de un abordaje educacional. Esta sugerencia, como ya hemos visto, fue corroborada por otros autores que utilizaron de este recurso educacional con éxito.

Otro punto interesante del trabajo de Zampiere (2004a) es la propuesta de una pedagogía del amor en las abordajes terapéuticas con el argumento que este sentimiento es el alimento fundamental para un crecimiento de conexiones saludables entre las neuronas pues “sentirse amado, comprendido y aceptado puede ser un factor altamente influyente, sino determinante en relación a la salud psíquica” (p. 105).

También hemos visto que Cermak (1986) propuso la inclusión de la CD en el DSM-III, del mismo modo Zampiere (2004a; 2004b; 2004c) defiende que el fenómeno sea incluido en el CID-10 como un trastorno de personalidad distinto de los demás trastornos ya que se configura en los criterios generales para tales trastornos presentando asimismo aspectos peculiares. Para tanto la autora propone criterios objetivos, al estilo del CID-10, para su diagnóstico. Además, en el plan socio-relacional Zampiere (2004c) identifica las manifestaciones de la CD como una enfermedad sistémica. Para ella, la clasificación y la identificación de las manifestaciones de la CD pueden comprobar la existencia de tal trastorno conllevando a cuidados e inversión en su prevención. Esta investigadora argumenta que aun que la CD no tenga reconocimiento como una enfermedad ésta ya es admitida como un constructo social, lo que contribuyo para centrar el contexto familiar de la dependencia química.

A parte hemos visto en nuestra revisión de la literatura de la CD que Beattie (1987/1998) argumenta que los codependientes pueden ser familiares de jugadores compulsivos. En este sentido, Mazzoleni, Gorenstein, Fuentes y Tavares (2009) realizaron una investigación con esposas de jugadores compulsivos con el objetivo de estudiar el ajustamiento social, la personalidad y las emociones negativas de ellas. Sus resultados indicaron que ellas presentan mayor grado de insatisfacción en la relación marital y más altos scores en los factores de temperamento Dependencia de Gratificación y Perseverancia. Tanto las esposas de jugadores patológicos como las de no jugadores presentaron factores de carácter bien estructurados, excluyendo trastornos de personalidad. Tal perfil puede explicar la resiliencia emocional de las esposas de los jugadores además de la larga duración de sus casamientos. Mazzoleni et al. concluyen

que CD y otros rótulos, por un lado, pueden describirlas legitimando sus problemas, pero a la vez, estigmatizarlas como inaptas y carentes.

Analizando las investigaciones publicadas en Brasil sobre CD hemos podido comprobar el vacío existente en los estudios relacionando la CD con los adolescentes y las CRPS, objetivo de la presente tesis.



## Capítulo II

### CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL Y CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL DE JÓVENES EN BRASIL

#### 1. Introducción

Las tareas evolutivas de la adolescencia (ajustarse al nuevo cuerpo y al rol sexual adulto, a las expectativas educacionales y sociales, a los cambiantes patrones intelectuales, independizarse de los padres y hacer amigos íntimos, conseguir un sentido de identidad y objetivos) según Berger (2004) son por demás complejas y es natural que en todas las familias y culturas, vivan algún tipo de problema. No obstante, la mayoría de las familias, adolescentes y culturas sobreviven a esta metamorfosis, y aunque los padres e hijos tengan conflictos, ellos se aman y se respetan. Si bien, los adolescentes beben alcohol, consumen drogas, infringen las leyes, abandonan la escuela, comen desordenadamente, se deprimen, tienen actividades sexuales, acceden a la presión de los pares, desobedecen a sus padres, estas conductas tiene límites y la mayoría de los jóvenes viven esa época felices sin grandes dificultades logrando los premios de la madurez. (Berger, 2004)

Por otro lado, aquel que tiene un problema más grave frecuentemente presenta también otros (Galambos & Leadbeater, 2000). Como por ejemplo, las chicas que son madres a los 16 años suelen venir de hogares conflictivos, abandonar la escuela y experimentar drogas duras; igualmente los chicos ajenos a sus familias tienden a delinquir, fracasar en las escuelas, abusar de drogas y sufrir daños cerebrales (Rutter et al., 1998). Sin embargo, tales problemas no surgen de un momento a otro, ellos tienen su origen en el desarrollo muy temprano con las vulnerabilidades genéticas y lesiones prenatales, continuando con los problemas familiares en la infancia temprana (rupturas y discordias), con las dificultades para el aprendizaje y conductas agresivas o aislamientos en la escuela primaria. Luego, dentro de una comunidad y cultura que no proporcionan una adecuada intervención, los problemas de los jóvenes al llegaren en la pubertad, empeoran y se vuelven más resistentes al cambio. (Berger, 2004)

En los últimos tiempos hemos sido testigos de sucesos con adolescentes involucrados en conductas de riesgo de diversos niveles. López Fuentetaja y Castro Masó (2007) describen a las conductas de riesgo como “un patrón persistente en cuanto a la forma de actuar del adolescente, que conlleva una alta probabilidad de sufrir un daño hacia sí mismo o producirlo en otros, además de posibles alteraciones en su desarrollo”. (p. 275)

La mayoría de los adolescentes, en algún momento de su vida, cometen alguna conducta delictiva, sin embargo, según estudios estadísticos que veremos más adelante, sólo la minoría participa en conductas de riesgo elevado con intenciones destructivas. Según Craig (2001) tal hecho no se puede imputar solamente a la pertenencia a un estrato social, sino que no están dispuestos a adaptarse a la sociedad y desenvolver un apropiado control de los impulsos o a buscar salidas a la ira y a la frustración. Por otro lado, Mussen, Conger y Kagan (1991) resaltan que otros indicadores como la indiferencia, el rechazo o la apatía de los padres, el sentimiento de insuficiencia, la baja autoestima, el rechazo emocional y la frustración de las necesidades de autoexpresión pueden generar la delincuencia de los adolescentes. Asimismo, Craig va más allá observando que la delincuencia es una adaptación que agranda a lo que la sociedad desapueba, satisface necesidades de autoestima, ofrece la aceptación del grupo de compañeros, y da una sensación de autonomía.

Desde una perspectiva de carácter psicosocial, Casas (2006, 2010) analiza algunas creencias, estereotipos y representaciones sociales prevalentes en la sociedad occidental sobre la infancia, la adolescencia y la juventud, presentes e histórica. En este sentido, Casas (2010) apunta la existencia, en la civilización occidental, de ideas ancestrales y profundamente enraizadas que tienden a representar a los jóvenes como “diferentes” de los adultos, estereotipándolos negativamente. Casas (2006) destaca: *muchos desencuentros entre niños/adolescentes/ jóvenes y los adultos deberíamos reanalizarlos dentro de estas dinámicas de diferenciación categorial, considerándolos meramente perspectivas distintas de una misma realidad, ninguna de las cuales debe ser considerada más «cierta o falsa» que las otras (p.39)*. Casas (2010) observa que algunas de estas representaciones compartidas han cambiado o están cambiando y señala algunas de las consecuencias sociales y políticas que derivan de las mismas.

Según Casas (2010), la identificación y deconstrucción de muchas afirmaciones “lógicas” sobre la realidad de la infancia, la adolescencia o la juventud, compartidas por la sociedad o por grupos menores (e.g.: profesionales), empezó hace pocas décadas. No obstante, Casas insiste que las ideas, estereotipos y representaciones sociales

profundamente enraizadas son muy resistentes al cambio en términos de sociedad global y que cabe a la psicología social la responsabilidad histórica de seguir desarrollando y enfatiza sobre la responsabilidad de adultos e investigadores el cambio de actitudes abriendo espacio para nuevas formas de relaciones intergeneracionales, lo que conllevaría a nuevas dinámicas sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como población adolescente al grupo 10-19 años de edad; como juventud al grupo 15-24 y como gente joven a la unidad de 10-24 años (Andino, 1999). En nuestro trabajo, los chicos y chicas participantes tienen edades entre 14 a 19 años, por lo tanto utilizaremos indistintamente los términos “adolescente”, “joven”, “adolescencia” y “juventud” para referirnos a ellos. Para mejor contextualizar nuestra población participante introduciremos un breve apartado teórico sobre el desarrollo evolutivo de la adolescencia de nuestros jóvenes participantes. Esta introducción, nos permitirá además, situar en contexto del desarrollo cognitivo y psicosocioemocional de los jóvenes adolescentes y el porqué de su fragilidad o vulnerabilidad a desarrollar la CD en esta fase del desarrollo humano.

## **2. El desarrollo evolutivo de la adolescencia**

La adolescencia es considerada tradicionalmente en todo mundo como una etapa crítica del desarrollo y un período de tensiones. Erikson consideró que es la época en que los problemas de identidad son más importantes y cruciales para el desarrollo (Arnett, 2008). Algunos investigadores atribuyen tales tensiones a los ajustes que exigen los cambios fisiológicos propios de la pubertad. Otros consideran la cultura como factor primario responsable por las dificultades de los adolescentes, enfatizando las numerosas demandas de la sociedad hacia ellos. Arnett resalta que es necesario conocer el contexto cultural del adolescente para obtener una mejor comprensión de él, pues no es lo mismo ser un joven en Estados Unidos, Egipto, Tailandia o Brasil. En este sentido, la teoría ecológica de Bronfenbrenner hace hincapié en el ambiente cultural del individuo durante su desarrollo y en las formas en que interactúan los diferentes niveles o sistema del ambiente de una persona (Arnett). No obstante, a pesar de los diferentes enfoques existe un consenso de que el período de la adolescencia presenta especiales problemas de ajuste en nuestra sociedad (Mussen et al., 1991).

## 2.1. Conceptualización y definición de la adolescencia

La adolescencia, como concepto y etapa psicológicamente compleja, merecedora de estudios científicos, surgió a fines del siglo XIX y recibió nuevo impulso gracias a la obra precursora de G. Stanley Hall, considerado como el padre de la *Psicología de la Adolescencia*, a principios del siglo XX. (Muuss, 1986)

Son numerosas las definiciones de adolescencia, muchas coinciden aunque con algunas variantes y complementos. Citamos a continuación algunas de ellas:

➤ En la adolescencia, las transformaciones psíquicas son intensamente influenciadas por el contexto social y cultural, incluso pueden faltar por completo en algunos pueblos llamados primitivos. (Diccionario de Psicología, Merani, 1985)

➤ Los jóvenes durante los últimos años escolares agobiados por la revolución fisiológica de la maduración genital y la indecisión respecto a los roles adultos que deberán asumir, parecen interesados en establecer una subcultura adolescente con algo que se parezca a una formación final de la identidad, más que a un desarrollo pasajero o, en realidad, inicial de la misma. (Erikson, 1987)

➤ La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo. (Harré & Lamb, 1990)

➤ Del punto de vista psicocultural, la adolescencia es un ‘invento reciente y occidental’. (Aguirre-Baztán, 1997)

➤ La adolescencia es un prolongado periodo de cambio y transformación, sin un comienzo brusco y un final completo. Sus límites de inicio y de final son difusos, y algunos aspectos, puede no terminar jamás. Habitualmente es definida como proceso, crisis, etapa evolutiva y superación. Comprende un modo de pensar, de entender y de interactuar con la realidad, y de afrontar los conflictos surgidos de las manifestaciones y aspectos infantiles que *se alternan con adquisiciones maduras, dando como resultado progresivo, pero no lineal, en el que caben todo tipo de ritmos y modalidades*. (López Fuentetaja & Castro Masó, 2007, p. 15)

## 2.2. El desarrollo de la adolescencia

Se observa en la literatura que los autores no llegan a concordar totalmente sobre las edades que conforman la adolescencia, puesto que los criterios dependen mucho de los patrones culturales, sociales y económicos de cada grupo poblacional. Sin embargo, todos

coinciden en puntar el inicio de esta etapa al período conocido como “pubertad”, donde se da la maduración física y biológica necesaria para pasar de la niñez a la adultez.

Por otro lado, Kuhlen, citado en Muuss (1986), concibe la adolescencia como el período de ajustamiento sexual, social, ideológico y vocacional, y de lucha por la emancipación de los padres. Bajo este prisma el criterio para el final de la adolescencia sería la edad en la cual el joven logra tales ajustes y está apto a asumir sus derechos y deberes sexuales, financieros, legales y sociales de adulto. En este sentido, Papalia, Olds y Feldman (2005) resalta que actualmente entrar a la edad adulta tarda más y está menos definido; el ingreso a una vocación ocurre más tarde debido a que las sociedades complejas exigen periodos más prolongados de educación o entrenamiento vocacional antes que el joven consiga asumir responsabilidades de adultos.

Tiba (1996, 2002, 2006) observa que al igual que la infancia, la adolescencia tiene sus etapas que son delimitadas predominantemente por las modificaciones hormonales y psicosociales. Estas modificaciones están interrelacionadas en todas las áreas del desarrollo (Papalia et al., 2005). Este desarrollo está dividido en la literatura de la siguiente manera: desarrollo físico – la pubertad; desarrollo cognitivo; desarrollo de la personalidad; desarrollo emocional; desarrollo social y desarrollo psicosexual.

### **2.2.1. El desarrollo físico: La pubertad**

En la pubertad, la primera fase de la adolescencia (entre los 8 a 14 años), se producen todos los cambios relativos a la maduración y desarrollo sexual y reproductivo (Mussen et al., 1991) que conllevan a la diferenciación de la estructura corporal femenina de la masculina, y a una multitud de modificaciones psicosociales que conducen a la madurez biológica, psicológica y de integración a la sociedad (Arnett, 2008; Papalia et al., 2005). Tales cambios requieren un ajuste psicológico de la propia imagen corporal y psicosocial por parte del púber. En este sentido, Berger (2004) resalta que en esta etapa se vive muchas emociones, algunas de las cuales son provocadas directamente por las hormonas mientras otras tantas son más bien por la reacción de los demás a los cambios del cuerpo del adolescente; a menudo la imagen corporal del adolescente influye en su autoestima.

También la actividad mental del adolescente sufre una reestructuración importante con el desarrollo de nuevas formas de pensamiento y de razonamiento moral, estructurando su sistema de valores, indagando su identidad y, modificando las percepciones y valoraciones que tiene de sí mismo. Así, “los adolescentes no sólo se ven

diferentes de los niños pequeños, también piensan de manera distinta” (Papalia et al., 2005, p. 444).

### **2.2.2. El desarrollo cognitivo**

Los procesos del pensamiento adolescente, el desarrollo cognitivo, envuelven cinco procesos activos: percepción, memoria, producción de ideas, evaluación y raciocinio, que incluyen ciertas unidades cognitivas (esquemas, imágenes, símbolos, conceptos y reglas), conducidas por el pensamiento (Mussen et al., 1991).

#### *Las operaciones formales*

En este aspecto la etapa más importante, la de *las operaciones formales* del desarrollo cognoscitivo de Piaget (11 años a los 15- 20 años) capacita al joven a razonar sobre las tareas y problemas complejos con múltiples variables, pensando científicamente y aplicando el rigor del método científico. Esta capacidad, el razonamiento hipotético de Piaget (1972), es el núcleo del concepto de las operaciones formales. Existen también otros aspectos de las operaciones formales: el pensamiento abstracto, el pensamiento complejo y la metacognición (capacidad para pensar acerca de sus pensamientos y de los demás). (Arnett, 2008)

*El pensamiento abstracto* envuelve la capacidad de pensar en conceptos abstractos (la justicia, la libertad, la bondad, la maldad y el tiempo) y a discutir temas como la política, la moralidad y la religión. Además posibilita al adolescente a abstraer e interiorizar los valores universales, tener una mayor conciencia de los valores morales y una mayor perspicacia al tratarlos (Arnett, 2008). En esta etapa el adolescente alcanza el nivel de moralidad Post-convencional de Kohlberg, en lo cual el individuo exhibe principios morales autónomos y universales basados en normas morales adecuadas e interiorizadas (Mussen et al., 1991; Papalia et al., 2005).

*El pensamiento complejo*, capacita al joven a percibir los múltiples aspectos de una situación o idea, a entender las metáforas más sutiles, y a entender y usar el sarcasmo. Ya la metacognición, capacita al adolescente a tomar consciencia de sus procesos de pensamiento, a aprender y solucionar mejor los problemas, y a pensar en lo que piensa de otros y en lo que ellos piensan de él (cognición social). No obstante, las operaciones formales de la teoría de Piaget tienen algunas limitaciones: las diferencias individuales en su logro y la base cultural del desarrollo cognoscitivo del adolescente. Algunas

investigaciones demostraron que no todas las personas en todas las culturas alcanzan este estadio y que la mayoría de las personas usan las operaciones formales sólo en algunos aspectos de su vida. (Arnett, 2008)

### *El pragmatismo y el juicio reflexivo*

El adolescente también adquiere mayor competencia cognitiva y su atención es más focalizada y selectiva (Arnett, 2008). El aumento de las habilidades de la memoria y de conocimientos le da la capacidad de hacer conexión entre las nuevas ideas y conceptos adquiridos con los que ya poseía. La metamemoria y la metacognición le capacitan para comprender mejor los cálculos, la química, las modas y la amistad, y todo que le pasa por la mente. (Berger, 2004, p. 465)

Aun que para Piaget, la maduración cognitiva está completa a los 20 años Arnett (2008) demostró que ella continúa en la adultez emergente. Este hallazgo incitó las teorías del desarrollo cognoscitivo posterior a las operaciones formales, el pensamiento posformal (Sinnott, 1998, 2003). Dentro de este pensamiento se distinguen, en especial, *el pragmatismo y el juicio reflexivo*. El pragmatismo establece la adaptación del pensamiento lógico a las limitaciones prácticas de las situaciones reales. El juicio reflexivo es la capacidad para evaluar la precisión y coherencia lógica de pruebas y argumentos. (Arnett, 2008)

### *La cognición práctica: El pensamiento crítico y la toma de decisión*

El desarrollo cognoscitivo igualmente da al adolescente una mayor capacidad para el *pensamiento crítico* que va más allá de memorizar la información, logrando analizarla, juzgar sobre su significado, relacionarla con otra información y considerarla válida o no. Según Keating (2004), citado en Arnett (2008), para el desarrollo del pensamiento crítico es necesario “una base de habilidades y de conocimientos obtenidos en la niñez, junto con un ambiente educativo en la adolescencia que promueva y valore el pensamiento crítico” (p. 82). Para promoverla el sistema escolar debería proporcionar al adolescente la oportunidad de frecuentar clases con pequeños grupos y un ambiente en el aula basado en el diálogo entre el profesor y los estudiantes. (Arnett, 2008)

*La toma de decisiones* es otro aspecto práctico del desarrollo cognoscitivo de los adolescentes. La teoría conductual de la decisión es una de las más destacadas perspectivas actuales, en la cual el proceso de toma de decisiones consiste en: identificar

las opciones y sus consecuencias, evaluar la conveniencia y la probabilidad de cada consecuencia, e integrar esta información. Los estudios demuestran que los adolescentes mayores tienen más capacidad de anticipar y valorar las consecuencias de su elección antes de la toma de decisión. (Arnett, 2008)

Asimismo, Arnett (2008) resalta el “procesamiento doble” de Paul Klaczynski (2001, 2004, 2005) que puntúa que la distorsión causada en la toma de decisión adolescente por los factores heurísticos (factores intuitivos – e.g.: experiencia previa, las emociones y las motivaciones inconscientes) tiende a disminuir a medida que el preadolescente se hace mayor, no obstante, afecta también a los adolescentes y adultos emergentes.

Otro punto de vista similar, resaltado por Arnett (2008), es lo de Steinberg y Cauffman (1996, 2001), quienes atribuyen a los factores cognoscitivos y psicosociales (e.g.: la madurez social y emocional) las diferencias en las habilidades en la toma de decisiones de los adolescentes y adultos. Una toma madura de decisiones resulta de la interacción entre estos dos factores, consecuentemente un déficit en uno de ellos comprometería la toma de una buena decisión. Además, el adolescente tiene una mayor probabilidad de sufrir la influencia de los factores psicosociales (como las emociones y el deseo de ser aceptado por sus pares) en sus decisiones.

En definitiva, los especialistas están de acuerdo en que la habilidad para la toma de decisiones mejora de la niñez a más allá de la adultez emergente, no obstante este proceso está sujeto a equivocaciones y distorsiones en todas las edades, debido a errores de razonamiento o a la influencia de los factores emocionales y sociales.

#### *La cognición social: La Toma de perspectiva y el Egocentrismo adolescente – la audiencia imaginaria y la fábula personal*

*La cognición social* es el término utilizado por Arnett (2008) para describir el modo en que el individuo piensa acerca de otras personas y de las relaciones e instituciones sociales (Flavell, 1985; Lapsley, 1989). Dos aspectos de la cognición social son la *toma de perspectiva* y el *egocentrismo adolescente*.

*La toma de perspectiva* es la habilidad de comprender los pensamientos y sentimientos de los demás, de separar su perspectiva de la de los demás. El desarrollo para tal habilidad empieza a los 6 a 8 años, y ya en la adolescencia tardía son capaces de percibir que sus perspectivas sociales y las de los demás son influidas por sus interacciones entre sí como también por sus papeles en la sociedad en general. Esta etapa

es llamada toma de perspectiva del sistema social y convencional. El adolescente puede lograr la toma de perspectiva mutua tanto a los 11 años como a los 20 (Selman, 1980), por lo que la conexión entre la edad y la adquisición de esta habilidad es poco precisa. (Arnett, 2008)

Según Arnett (2008) otros estudios demostraron que la toma de perspectiva tiene un importante papel en las relaciones de los adolescentes con sus pares, con su popularidad entre sus pares, con su facilidad en hacer amigos. Además está relacionada con su forma de tratar a las personas y le ayuda a percibir que de lo que dicen o hacen, agrada o desagrada a los demás. Un estudio con adolescentes brasileños demostró que esta habilidad predecía la compasión y la conducta prosocial (el comportamiento amable y considerado). (Arnett)

El desarrollo de la metacognición genera en el adolescente dificultades de “distinguir su pensamiento acerca de sus propios pensamientos de lo que piensa acerca de los pensamientos de los demás” (Arnett, 2008, p. 86), resultando en el *egocentrismo adolescente*. David Elkind (1967, 1985) quien desarrollo la propuesta inicial de Piaget (1967), subrayo dos aspectos del egocentrismo adolescente: la *audiencia imaginaria* y la *fábula personal*. (Arnett)

La limitada capacidad del adolescente de diferenciar lo que piensa acerca de sí mismos y lo que piensa del pensamiento de los demás, resulta en la llamada audiencia imaginaria. Debido a que piensa tanto en sí mismo, acredita que también los demás están pendientes de él, que existe una audiencia extasiada ante su apariencia y comportamiento. Esta habilidad da al adolescente una consciencia de sí mismo mayor de la que tenía antes de las operaciones formales. No obstante cuando el adolescente pasa por alguna situación embarazosa, muchas veces esa audiencia imaginaria le hace pasar malos ratos, pues, el adolescente piensa que todos saben de su humillación y la recordarán por largo tiempo. La audiencia imaginaria, en la adolescencia, es más acentuada porque su capacidad cognitiva para diferenciar su percepción de la de los demás todavía no está de todo desarrollada. (Arnett, 2008)

La creencia del adolescente en una audiencia imaginaria consciente de su aspecto y modo de actuar le lleva a acreditar que es único y especial; esta creencia es su fábula personal. En la fábula personal, el adolescente cree que sus experiencias y su destino son únicos, lo que puede angustiarle pues como para él nadie puede compartir su experiencia única, “nadie le entiende” (Elkind, 1978). Otro punto a destacar es que su sentido de singularidad le hace creer que “no le ocurrirá” las consecuencias negativas de la conducta

(Arnett, 1992a). A la vez tiene su lado positivo pues es una fuente de gran esperanza para él, al imaginar que su destino único y personal le conduce a la realización de sus sueños o a tener éxito en su elección. Aunque la fábula personal está presente en la vida adulta, es en la adolescencia donde se la nota más fuertemente. (Arnett, 2008)

### **2.2.3. El desarrollo de la personalidad**

Como vimos con el desarrollo cognitivo el adolescente adquiere nuevas capacidades introspectivas que le habilita a plantear abstracciones sobre sí mismo como: “¿Quién soy?” “¿Cuáles características me hacen ser quien soy?” “¿Con me ven los demás?” “¿Qué seré en futuro?” “¿En que soy bueno?” “¿Para que valgo?” Su recién capacidad cognitiva introspectiva genera cambios interrelacionados en su autoestima, comprensión emocional e identidad. En esta etapa los niños dejan atrás sus identificaciones y referencias infantiles, así como las imágenes paternas y de su mundillo, para dar paso a una nueva personalidad, un nuevo yo con una nueva identidad.

El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo, siendo que muchos autores creen que la personalidad queda bastante desarrollada y estructurada desde la niñez y que poco o nada se puede hacer más tarde para cambiar estos patrones básicos. Sin embargo, si el ambiente influye en el desarrollo y la organización de la personalidad, es sensato esperar que a través de una buena parte de la vida del individuo se lleve a cabo una continua reorganización. (Powell, 1992)

Mussen et al. (1991) resalta que las principales tareas del desarrollo que desafían al adolescente de esta sociedad son: el establecimiento de la independencia, el ajuste sexual, las relaciones con los compañeros y la preparación para una profesión. El logro de estas demandas está íntimamente relacionado con el éxito del adolescente en establecer un conjunto eficaz de valores personales y de un fuerte sentido de su propia identidad del ego.

#### *La identidad personal*

Para Erick Erikson (1968), citado en Berger (2004), la tarea evolutiva central de la adolescencia es la formación de una identidad individual coherente. Para él, la tarea de formación de identidad está en elegir explorando las alternativas y desempeñando roles; mientras los adolescentes intentan solucionar su crisis de identidad, deberán superar la confusión de roles (de modo especial el vocacional, político, religioso y sexual). El

adolescente, después de reconsiderar los objetivos y valores transmitidos por sus padres y la cultura, seleccionando los que le valgan, habrá establecido su propia identidad, habrá alcanzado la etapa final de Erikson llamada *logro de la identidad*.

Sin embargo, Berger (2004) resalta que estos no son temas de fácil solución, así que muchos de los adolescentes optan por una *identidad hipotecada* (aceptan los roles y valores de sus padres o de la sociedad sin explorar alternativas), unos reaccionan contra las presiones social y parental adoptando una *identidad negativa* o de oposición, otros por una prórroga a través de una *moratoria de identidad* (pausa en la formación para experimentar identidades alternativas sin optar, definitivamente, por ninguna). También hay aquellos que se comprometen poco con los valores y los objetivos de sus padres, pares o sociales, con dificultades en cumplir con las exigencias de la adolescencia, haciéndose el vago, estos experimentan la *difusión de la identidad*. Este último estado es vivido por casi todos, durante poco tiempo, cuando las presiones sociales se hacen angustiosas.

Según Menéndez (1996), la búsqueda de la identidad propia le conducirá a la identidad sexual [actualmente llamada identidad de género (Berger, 2004)], a procesar y formar un conjunto de ideas sobre sí mismo a través de sus actividades, aficiones, amores, esperanzas y anhelos. Como el yo del adolescente aún no está integrado, él a menudo confunde los roles, tendiendo a sobreidentificarse con sus pares, a enamorarse para reflejar su propia identidad, y la imagen de sí mismo, a través de la interacción con el otro y de la comparación de entre su percepción y la percepción de los demás sobre el mismo.

Para que la identidad se solidifique, es necesario superar a la difusión de la identidad que según Erikson consta de cuatro componentes básicos: a) *intimidación* (temor al compromiso o la implicación relacional); b) *difusión de la perspectiva temporal* (dificultad para planificar y controlar en el tiempo mirando al futuro y lo que conlleva crecer); c) *difusión de la laboriosidad* (dificultad para ser competente en las tareas, pudiendo rechazar al compromiso o de volcarse excesivamente hacia el trabajo, olvidándose de otras dimensiones personales); y d) la identidad negativa (elecciones contrarias a las preferidas por los padres y adultos planeada habitualmente con hostilidad y rechazo). Sin embargo, no todos estos rasgos de la difusión de la identidad están necesariamente presentes en todas las situaciones de crisis de identidad. (Menéndez, 1996)

Esta teoría de Erikson fue ampliada y esclarecida por James E. Marcia (1966) quien determinó varios niveles de identidad y los correlacionó con otros aspectos de la

personalidad. Marcia identificó los cuatro niveles que difieren según la existencia o no de crisis y compromiso; además relacionó tales niveles con las características de la personalidad con ansiedad, autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento: logro de la identidad (comprometerse con las opciones realizadas después de la crisis), *exclusión* (comprometerse con las opciones realizadas por otros sin haber estado en crisis por las alternativas disponibles), *moratoria* (en crisis, considerando las alternativas postergando el compromiso) y difusión de identidad (sin crisis, no considerando las alternativas y evitando el compromiso). Tales estados no son permanentes y pueden cambiar a medida que el individuo va desarrollándose. (Papalia et al., 2005)

De la misma forma, Marcia considera que en la moratoria, las decisiones se aplazan permitiendo el cambio de roles y la incertidumbre en las decisiones. Esto posibilita el acceso a mejores condiciones para construir la identidad eligiendo, definiendo metas, asumiendo compromisos en su actividad formativa, laboral, social y relacional. Se ha constatado que la moratoria produce jóvenes más independientes, creativos, seguros de sí y flexibles. En cambio, los que prematuramente asumen compromisos sin establecer distancia con quien les exigía o imponía una definición personal; suelen buscar la aprobación de los demás, ser más conformistas y respetuosos con la autoridad, no enfrentándose a criterios impuestos (religiosos y comportamientos estereotipados). (Menéndez, 1996)

Por otro lado, Papalia et al. (2005) destaca que es posible que muchos individuos permanezcan en estado de exclusión. Además, la autora comenta que tales personas aparentan haber tomado decisiones finales, pero casi siempre no es así; cuando el adulto maduro revisa su vida, comúnmente traza una trayectoria que va de la exclusión a la moratoria y al logro de la identidad (Kroger & Haslett, 1991).

### *La identificación del yo ideal*

La capacidad de abstracción del adolescente le permite distinguir entre un yo real y los posibles, el yo ideal y el yo temido. El yo ideal es la persona que a él le gustaría ser y el yo temido es aquel que él teme que puede venir a ser; ambos yos posibles solo existen en la mente del adolescente, son abstracciones. Esta capacidad tiene puntos negativos y positivos. Por un lado imaginar un yo ideal, puede dar al adolescente la consciencia de la discrepancia que existe entre su yo real y su yo ideal; si esa discrepancia es grande,

genera sentimientos de fracaso, ineptitud y depresión. Ahora bien, el lado positivo es que la consciencia de esta discrepancia motiva al joven a esforzarse por alcanzar su yo ideal y no convertirse en el yo temido. (Arnett, 2008)

Por consiguiente, en esta etapa puede darse un trastorno de identidad caracterizado por un intenso malestar reflejando la dificultad para lograr un sentido del yo coherente, la definición y ajuste a un yo ideal, y para hacer identificaciones estables que faciliten un autoconcepto integrador y saludable. Anímicamente, la hora de elegir genera incertidumbre, desasosiego y depresiones. Lo que conlleva experimentar impulsivamente conductas en las que el adolescente asume roles diferentes. Este trastorno de identificación puede llevar a una disminución del rendimiento académico y laboral. (Menéndez, 1996)

Asimismo, la mayoría de los especialistas, según Arnett (2008), acreditan que es más saludable que el adolescente posea un yo ideal y un yo temido. Los resultados del estudio de Oyserman y Markus (1990), citado por Arnett, indicaron que adolescentes no delincuentes poseían un equilibrio entre el yo ideal y el yo temido; en cambio, los adolescentes delincuentes tenían un yo temido pero con una menor posibilidad de que tuviesen un concepto claro de un yo ideal por el cual luchar.

#### **2.2.4. El desarrollo emocional**

El adolescente mientras se desarrolla emocionalmente fluctúa entre tendencias contradictorias e impulsos antagónicos, según la psicología biogenética de la adolescencia de G. Stanley Hall. Se perciben rastros de un egoísmo infantil evidente y un aumento de altruismo idealista. Aunque el adolescente desee soledad y reclusión, se enmaraña en “pasiones” y amistad. El joven tiene hambre de ídolos y autoridades, que no excluye un radicalismo revolucionario dirigido contra cualquiera tipo de autoridad. En la adolescencia terminal, el individuo recapitula el periodo del comienzo de la civilización moderna. Este periodo corresponde al término del proceso de desarrollo, y es cuando el individuo avanza hasta su madurez. (Muuss, 1986)

La alta autoestima o autoconcepto, resultado deseado del proceso de desarrollo humano, es un juzgamiento personal de valor expresado en las actitudes que el individuo asume frente a sí mismo y transmitido a los otros, por relatos verbales u otros comportamientos expresivos observables. La autoestima es considerada fundamental para la salud mental y el equilibrio emocional del individuo. Los individuos cuyas identidades

son débiles o cuya autoestima no se ha desarrollado lo suficiente manifiestan un número de síntomas de falta de salud emocional. (Mussen et al., 1991)

### *El autoconcepto*

El autoconcepto es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (García & Musitu, 1999); es un elemento de la identidad que involucra diversos elementos: corporal, psíquico, social, moral, emocional, etc. El autoconcepto constituye el núcleo básico de la personalidad según Rogers (1954) y está relacionado con la opinión (positiva o negativa) que uno tiene sobre su personalidad y conducta. Es formado mediante la interacción social del individuo, construyéndose de la observación de uno mismo y de la imagen que los demás tienen de él. El autoconcepto influye en su nivel de aspiraciones, forma de comportarse, y sus relaciones. En la adolescencia, los progresivos cambios de la imagen corporal, de la competencia, del atractivo y del éxito personal influyen en la imagen y en el concepto que el adolescente tiene de sí mismo. (Menéndez, 1996)

Según Menéndez (1996), W. James definió el autoconcepto como una construcción hipotética reflexiva, en la que el sujeto que conoce y el conocido coinciden. Las investigaciones de Dusek y Flaherty (1981) indicaron que el autoconcepto es el resultado de un desarrollo continuo y gradual basado en las circunstancias sociales y en el progreso cognitivo que ocurre en la adolescencia. El autoconcepto es la parte del yo que evalúa a uno mismo (sus autopercepciones, características, sentimientos, actitudes y habilidades) formando puntos de referencia o anclaje para interpretar estímulos y actuaciones. Este aspecto del yo afecta las reacciones comportamentales espontáneas. La parte activa más obvia del yo está representada por la frecuente copia de conductas mostradas en situaciones interpersonales. Por otro lado, autores como Purkey (1970), Lawrence (1981) y Burns (1982), demostraron la importancia del autoconcepto como eje para el ajuste de los procesos en algunos de los niveles de toda motivación psicológica y subrayaron el alcance de la educación en el desarrollo del autoconcepto. Las relaciones están condicionadas por la aceptación del yo y la aceptación de los demás, la percepción del yo y la elección vocacional la satisfacción en la escuela, influyendo todo ello en los estados de ánimo.

Menéndez (1996) resalta que la construcción del autoconcepto sigue unas tendencias, determinando los cambios del paso de la tercera infancia a la adolescencia presentadas por Rosenberg (1965) que van:

*a) del autoconcepto basado en características externas hacia el basado en rasgos psicológicos internos; b) desde los vínculos interpersonales hacia los sentimientos interpersonales; c) desde lo perceptivo hacia lo conceptual; d) desde el autoconcepto global hacia a autoconceptos diferenciados y, e) de un autoconcepto arbitrario verso a uno basado en pruebas. (Menéndez, 1996, p. 95)*

El autoconcepto se vuelve más abstracto y complejo en la adolescencia, habilitando el adolescente a distinguir un yo real y dos tipos de yo posibles (yo ideal y yo temido) y a percibir que puede mostrarse con distinto aspectos del yo frente a diferentes situaciones y personas. (Arnett, 2008)

Uno de los factores que contribuyen al desarrollo de un autoconcepto positivo está relacionado con los individuos que ocupan en la vida del joven un alto nivel de importancia, ellos son influyentes y sus opiniones significativas. Además la calidad afectiva de las relaciones familiares durante la adolescencia está asociada con altos niveles de autoestima. (Mussen et al., 1991)

Por otro lado, el autoconcepto influye en la conducta del individuo. En este sentido, importantes investigaciones desde la psicología social vienen siendo realizadas para averiguar la influencia del autoconcepto en las conductas de los adolescentes. Entre estas investigaciones, cabe resaltar dos estudios recientes de Fuentes, García, Gracia y Lila (2011a, 2011b) que están especialmente relacionados con las CRPS tratadas en la presente tesis:

- 1) Fuentes et al. (2011a) analizan la relación entre el autoconcepto y el consumo de sustancias en 632 adolescentes, con edades entre 12 a 17 años. Los resultados de este estudio revelaron relaciones negativas entre el autoconcepto familiar, académico y físico, y el consumo de sustancias;
- 2) Fuentes et al. (2011b) investigaron la relación entre una medida multidimensional del autoconcepto, el Autoconcepto Forma 5 (AF5), con un extenso conjunto de indicadores del ajuste psicosocial de los adolescentes en 1.281 adolescentes con edades entre 12 y 17 años. Los resultados mostraron que a un mayor autoconcepto está relacionado con un mejor ajuste psicológico, una buena competencia personal a menos problemas comportamentales. En ambos estudios, los autores hallaron aparentes relaciones positivas con la dimensión social del autoconcepto, pero estas

desaparecieron al controlar el efecto estadístico del sexo y la edad de los adolescentes. Los hallazgos refuerzan el autoconcepto como un importante correlato del bienestar psicológico y un constructo teórico básico que explica las conductas ajustadas y adaptativas en la adolescencia.

### *La autoestima*

La autoestima, término acuñado por C. Rogers, tiene importantes implicaciones para el desarrollo individual del adolescente y hace referencia a la valoración de sí mismo. El niño, a través de un proceso de asimilación y reflexión, interioriza las opiniones de aquellos que son socialmente relevantes para ellos (padres, etc.) y forma juicios autovalorativos, los cuales va a utilizar como criterios para sus conductas. La autoestima, una dimensión del autoconcepto, es el resultado de la solidificación de continuas autoevaluaciones. Dos factores contribuyen a elevar la autoestima: la buena valoración de los demás y los refuerzos sociales gratificantes. En contrapartida, un elevado nivel de ansiedad, unos niveles exagerados de pretensión y un yo-ideal que demande rendimientos extremados, son factores que la disminuyen. Recientes investigaciones demostraron que el adolescente precisa del reconocimiento de los demás, y que la valoración que él hace de sí mismo depende de sus relaciones sociales (tanto dentro de la familia como fuera de ella). (Menéndez, 1996)

Arnett (2008) resalta que los hallazgos de diversos estudios longitudinales de la autoestima apuntan que la autoestima disminuye en la adolescencia temprana, para luego aumentar en la adolescencia tardía o emergente. Existen varias razones en el desarrollo que pueden causar esto. Según Elkind (1967, 1985), citado en Arnett, la “audiencia imaginaria” puede hacer que los adolescentes tomen conciencia de sí mismos de modo que mengua su autoestima cuando experimentan por primera vez la adolescencia temprana; al imaginar que los demás están pendientes de su aspecto (lo que dicen y cómo actúan) pueden creer que les están juzgando con severidad. Según Arnett, diversos estudios indican que también la alta consideración que el adolescente tienen por sus pares y las opiniones con respecto a él (cómo se viste o lo que dice) asociadas a las nuevas capacidades adquiridas, el sarcasmo y el ridículo, direccionadas hacia cualquiera que parezca raro, torpe o pesado, favorecen al declive de la autoestima en la adolescencia temprana. Asimismo, los investigadores descubrieron que los aspectos de la autoestima que mayor peso tienen en la autoestima total del adolescente son la apariencia física y la

aceptación de los pares. Sin embargo y felizmente, en la adolescencia tardía y la adultez emergente, a medida que las evaluaciones de sus pares pierden importancia, la autoestima aumenta. Por otro lado, aunque una proporción considerable de adolescentes pierde autoestima durante la adolescencia temprana, muchos otros, no. (Arnett, 2008)

### **2.2.5. El desarrollo social**

La socialización es el proceso por el cual el individuo adquiere las conductas e ideas de la cultura en la que vive, que se constituye de tres resultados fundamentales: “la autorregulación, la preparación para los papeles y el cultivo de las fuentes de significado” (Arnett, 2008, p. 130). Las fuentes de la socialización son la familia, los pares y amigos, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación, el trabajo, el sistema legal y las ideas culturales. (Arnett)

De este modo, el inicio del desarrollo social del adolescente tiene lugar en la infancia y la familia es el mejor agente socializador. En el seno familiar el niño desarrolla normas de conducta en sus relaciones con el otro. Tales normas son un reflejo de las que rigen en su familia. Cuando el adolescente alcance el status primario, se espera que él asuma una independencia que expresa personalmente y que vaya hacia roles y metas de acuerdo a sus habilidades y posibilidades ambientales (Mussen et al., 1991). El adolescente organiza las actitudes y patrones de comportamiento apropiadas para ocupar un lugar en el mundo adulto (Hurlock, 1979). Cuando el individuo consigue incorporar las relaciones sociales y sus esquemas, percibiendo la importancia del orden, la autoridad y la ley, habrá logrado su maduración social. Sus relaciones con los demás serán más sinceras, motivadas por un verdadero interés, por el valor personal, incluyendo la ayuda y sacrificio cuando necesario (Remplein, 1980).

#### *La familia - estilos de crianza*

Los estudiosos de las ciencias sociales, según Arnett (2008), han realizado muchas investigaciones sobre los estilos de crianza (prácticas de los padres en relación con sus hijos y los efectos de las mismas) y han logrado consistentes resultados. Estos especialistas describieron los estilos en dos dimensiones: la exigencia de los padres (medida en que los padres establecen reglas y expectativas de conducta y exigen que sus hijos las obedezcan) y la sensibilidad de los padres (el grado de reacción de los padres frente a las necesidades de sus hijos y les expresan amor, calidez e interés). Actualmente,

los estilos más conocidos son los cuatro propuestos por Diana Baumrind (1968, 1971, 1991a, 1991b):

- 1) Padres con autoridad (competentes): alto grado de exigencia y sensibilidad, son cariñosos y cálidos respondiendo a las necesidades de sus hijos. Las reglas y expectativas establecidas son explicadas a sus hijos así como las consecuencias si los hijos no obedecen y cumpliéndolas es necesario. Además estos padres están abiertos a negociaciones si fuera necesario.
- 2) Padres autoritarios: muy exigentes y poco sensibles, demostrando un apego emocional pobre y por veces hostil. No permiten el diálogo exigiendo obediencia y castigando los hijos si son desobedecidos.
- 3) Padres permisivos: poco exigentes y muy sensibles, tienen pocas expectativas claras de la conducta de sus hijos, corrigiéndoles rara vez, pues consideran que la disciplina y el control son perjudiciales a la creatividad y libertad de expresión de los hijos. Les dan mucho amor, calidez y libertad.
- 4) Padres no comprometidos: poco exigentes y sensibles, dedican el mínimo de tiempo y emoción a la crianza, exigiendo poco de sus hijos y raramente les corrigen o ponen límites claros. Expresan poco amor o interés por sus hijos, pareciendo que tienen poco apego emocional.

Fueron realizados diversos estudios sobre la influencia de estos estilos de crianza sobre los adolescentes. Arnett (2008) destaca los hallazgos de estos estudios: los padres con autoridad suelen educar hijos independientes, seguros de sí, creativos, socialmente hábiles, prósperos en la escuela, hijos que se relacionan bien con sus pares y los adultos, hijos optimistas y con autodominio reflejando positivamente en sus conductas. Este es el mejor estilo para los adolescentes, pues en esta etapa tienen que ejercer más su autonomía y autodominio que antes pues para lograr éxito en los papeles adultos necesitan que se les brinde autonomía, pero que a la vez conlleve responsabilidad. Además este estilo al proporcionar al adolescente afecto, apego emocional, amor, interés por sus necesidades y su bienestar posibilita que él aprenda a creer en su propia valía como persona y a identificarse con sus padres, adoptando sus valores y portándose como ellos lo aprobarían. (Arnett)

Arnett (2008) resalta que todos los demás estilos de crianza fueron asociados con resultados negativos. Los padres autoritarios educan hijos dependientes, pasivos, conformistas, menos seguros y creativos, y con menos habilidades sociales. Los padres permisivos educan hijos inmaduros e irresponsables en relación a los otros adolescentes,

se someten más a sus pares. Los jóvenes con mayores tasas de conductas problemáticas (delincuencia, actividades sexuales precoces y consumo de drogas y alcohol) suelen ser impulsivos e hijos de padres no comprometidos.

Asimismo la discrepancia entre los estilos de crianza entre los padres resulta negativa para el desarrollo del adolescente. Estudios comprobaron que los adolescentes que percibían contradicción entre sus padres tenían una menor autoestima y desempeño escolar, además de baja puntuación en autodominio y motivación académica. (Arnett, 2008)

Sin colocar en duda la influencia de los estilos de crianza en el desarrollo adolescente Arnett (2008) resaltó la complejidad de esta relación citando investigaciones (Collins & Laursen, 2004; Crouter & Booth, 2003; Patterson & Fisher, 2002) que demostraron que los adolescentes, además de ser afectados por sus padres, también los afectan, generando los llamados efectos recíprocos o bidireccionales entre padres e hijos. De las investigaciones realizadas con hermanos adolescentes que tenían diferentes opiniones de cómo sus padres eran con ellos (Kowal & Krull, 2004; Daniels et al., 1985; Hoffman, 1991; Plomin & Daniels, 1987), se concluyó que tales diferencias percibidas por los hermanos, están relacionadas con las diferencias en las diferentes personalidades de los hermanos (Plomin & Daniels, 1987). No obstante, la conducta real de los padres es afectada por lo que ellos creen ser mejor para sus hijos y también como sus hijos se comporten y respondan a su estilo de crianza (Arnett).

### *La familia - el apego*

Arnett (2008) destaca que actualmente muchas investigaciones indican que un apego seguro hacia los padres en la adolescencia está relacionado con buena autoestima y salud física y psicológica del adolescente. Aquellos adolescentes que tienen un apego seguro hacia sus padres suelen ser más cercanos a sus amigos y parejas románticas; además se encontró que el apego seguro predice logros académicos y laborales, problemas psicológicos y consumo de drogas. Según Arnett, otras investigaciones demostraron que adolescentes más autónomos y con mayor autoconfianza en sí mismos poseen relaciones afectuosas cercanas con sus padres. En cambio, aquellos con dificultades en la autonomía también tienen dificultad para relacionarse con sus padres de forma sana. Por consiguiente, el desequilibrio entre la autonomía y el grado de relación está asociado con problemas psicológicos y consumo de drogas.

Asimismo, recientes investigadores modificaron la afirmación de que el apego infantil es la base de todas las relaciones posteriores (Egeland & Carlson, 2004). Estos argumentan que el apego infantil establece tendencias y expectativas que pueden ser modificadas luego por experiencias posteriores en la niñez, la adolescencia y más allá; y que además la calidad del apego se deben tanto a la actitud de los padres, como al temperamento y la conducta del hijo. (Arnett, 2008)

### *La familia - los conflictos*

Según Arnett (2008) el estereotipo de que los conflictos perpetuos y feroces entre padres y adolescentes son universales e inevitables, y de que todos los adolescentes se rebelan contra sus padres fue disipado en la década de 60. Además estudios recientes que demostraron que los adolescentes y sus padres coinciden en muchos aspectos importantes de su visión de la vida, se quieren y se respetan mucho. Según Arnett, otros estudios también demostraron que: a) los adolescentes aman a sus padres, se interesan por ellos y confían en que sienten lo mismo por ellos; b) las discusiones entre ellos están relacionadas con la hora de llegar a casa, la ropa, los gustos musicales y cosas por el estilo y c) aunque estén en desacuerdo sobre estos temas, coinciden en valores fundamentales como la importancia de la educación, el valor de trabajar duro, la ventaja de ser honesto y digno de confianza.

Aparte del lado armónico familiar citado arriba los conflictos entre padres y sus hijos adolescentes se producen en gran parte por el choque que provoca el deseo de independencia y mayor autonomía del joven con la actitud de control de los padres. Por lo general surgen en la adolescencia temprana, persistiendo hasta la adolescencia tardía (Arnett, 1999a; Dworkin & Larson, 2001; Larson & Richard, 1994; Laursen, Coy & Collins, 1998, citados en Arnett, 2008). Los altercados entre madres e hijas, son motivadas por los costumbres de la vida diaria (e.g.: el pelo, el orden, la ropa, etc.) y entre padres e hijas suele ser la represión a la libertad sexual (Berger, 2004).

Aunque gran parte de los temas de conflictos parezcan cosas de menor importancia a primera vista, en profundidad son signos de problemas básicos más serios – muchos padres no tienen la suficiente capacidad para hablar con tranquilidad sobre la sexualidad, el sida y las drogas a sus hijos. Por consiguiente, intentan imponer límites y horarios en sus intentos de autonomía y controlar sus amistades, por la preocupación con la seguridad y bienestar de sus hijos. (Arnett, 2008)

Por otro lado, a medida que los padres conceden más autonomía y libertad a sus hijos los conflictos tienden a disminuir. La proporción de estos conflictos están relacionados con la edad, sexo y contexto cultural del adolescente. Es importante observar que la autonomía, la independencia y los estilos de educación parental (democráticos versus autoritarios) no son iguales en todas las culturas y tiene distintos niveles y connotación. No obstante, independientemente de la estructura familiar o de la cultura, las familias altamente conflictivas, o las relaciones de padre-hijo con poco apoyo, son a menudo difíciles para el adolescente. (Berger, 2004; Arnett, 2008)

Además, según Berger (2004), así como el afecto y la comunicación conservan su importancia dentro de la familia en esta etapa, la indiferencia o la hostilidad de los padres son siempre perjudiciales para el joven. A pesar de los conflictos por tema menores entre los adolescentes y sus padres, estos últimos continúan a tener influencia sobre sus hijos, no obstante, el control ejercido por los padres disminuye, permitiendo al adolescente desarrollar su autonomía.

Ya vimos que padres e hijos tienen valores en común y que el conflicto entre padres e hijos es inevitable en esta etapa, sin embargo, la relación entre padres e hijos tiene también otros aspectos importantes y necesarios para el desarrollo del adolescente como: el apoyo, la comunicación, la vinculación y el control. El control parental (saber dónde, con quién y que están haciendo sus hijos) es un fuerte factor para evitar la delincuencia, las conductas de riesgo en las relaciones sexuales y el abuso de drogas (Fletcher et. al., 1995; Rogers, 1999; Sampson & Laub, 1993); limitando el acceso al alcohol, las drogas y las armas. No obstante, hay que subrayar que el control parental debe ser ejercido con equilibrio, un poco de libertad ayuda a los jóvenes a sentirse competentes, confiados y amados (Barber, 2002). El control psicológico (Barber, 2002; Petty et al., 2001), un estilo parental duro y desconfiado (Stattin & Kerr, 2000) y la intromisión psicológica (Larson & Gillman, 1999) pueden ser desfavorables. (Berger, 2004)

La influencia de los padres sigue siendo destacada durante el desarrollo de la adolescencia, pero disminuye gradualmente y da lugar a su grupo de amigos, elegido por sus afinidades y semejanzas, lo cual tendrá gran influencia sobre él como nunca jamás en otra etapa. (Arnett, 2008)

### *Las amistades*

El grupo de amigos permite a los adolescentes experimentar los yos posibles, lo que les ayuda en la formación de la identidad (Ungar, 2000) y en el proceso de independizarse de los padres, abandonando las conductas infantiles. Además, los amigos pueden ayudar al adolescente a afrontar crisis y sentimientos comunes - conflictos escolares, familiares, amorosos, sexuales, de los pares y del crecimiento físico. (Berger, 2004)

Por otro lado, este mismo grupo tiene su punto negativo, pues la presión que los amigos pueden llegar a ejercer puede ser dañina, haciendo que los demás se metan en situaciones problemáticas. No obstante, las amistades solo pueden influir sobre aquellos que están en su momento de ambivalencia acerca de sus valores y actividades, y sobre los que están en la fase de incertidumbre, no sobre los que tiene seguridad en lo que desean (Vitaro et al., 1997). Otro factor que hace que la presión de los pares sea negativa es que la excitación de estar juntos, sumados al deseo de plantar cara a las prohibiciones de los adultos, pueden llevarlos a conductas arriesgadas, prohibidas y destructivas (Dishion et al. 1995; Lightfoot, 1997). Felizmente, gran parte de la conducta desviada influida por las amistades se limita a la esta etapa. Aquel joven que excusa su actitud porque “los demás lo hacen”, intenta esquivarse de su responsabilidad en lo que está tratando de probar. (Berger, 2004)

En síntesis, la adolescencia es vista como una etapa de rápidos cambios físicos, cognoscitivos, sexuales, psicológicos y sociales a los que el joven debe adaptarse. Tales procesos sumados a necesidad del adolescente a adaptarse a ellos, dan a esta etapa unas características universales separándola de las principales al desarrollo. Por otro lado, la cultura influye en la duración de la adolescencia (si es larga o corta) una vez que según las exigencias sociales constituyen un cambio brusco, o bien una progresiva transición desde etapas anteriores al desarrollo. Con relación a la CD, podríamos encontrar varios puntos negros” o de vulnerabilidad en esta etapa (desarrollo cognitivo, de la personalidad, social) para el desarrollo de la CD o para que se establezca sus síntomas. Aún que adentrar en una búsqueda de la relación del desarrollo evolutivo de la adolescencia y la CD sería fascinante, somos conscientes que esto conllevaría a otra investigación y sobrepasaría a nuestros objetivos en el presente trabajo. Así resaltamos que este apartado sobre el proceso evolutivo de la adolescencia tiene como objetivo señalar la vulnerabilidad de esta etapa para el desarrollo de la CD y las CRPS. Puntuamos, de este

modo, una vez más que nuestro trabajo se centrará en investigar la influencia de la CD en las CRPS.

### **3. El adolescente y los factores relacionados con las conductas de riesgo psicosociales**

La violencia es un tema inevitable en la vida de los brasileños, pues ya ocupa la primera posición entre las preocupaciones de la población según los principales medios de comunicación y pesquisas de opinión pública. En Brasil es posible seguir por las noticias el fenómeno de la delincuencia, principalmente, porque en los últimos años hubo una intensidad de actos anti-sociales o delictivos presentado por los jóvenes: desde asesinato de los padres, novias, agresión a mendigos e infracción de tránsito solo por diversión, desde el porte indebido y manipulación de armas de fuego al uso y tráfico de drogas, entre otros. A pesar de esto, son encontrados pocos estudios en el país que focalice una perspectiva de salud mental capaz de valorar los antecedentes de ese fenómeno.

Existen también otros actos infractores acometidos por los adolescentes que viene preocupando a la población, padres, profesores, y a la sociedad en general como las peleas entre adolescentes, hurtos, robos, abuso de drogas y de alcohol. Esta violencia que afecta al Brasil, específicamente la que se concentra sobre los jóvenes, sean como víctimas o como actores, debe de ser considerada un fenómeno multidisciplinar y no como resultante de la acción de un individuo que aisladamente se expone al riesgo o que vive en situación de riesgo.

Los diversos estudios sobre la problemática del adolescente infractor resaltan el consumo de sustancias psicoactivas. Se destaca aquí algunos de ellos y sus hallazgos: a) el involucramiento con las drogas fue identificado como un importante factor a contribuir en la práctica de actos infractores por los jóvenes en un estudio realizado por el Dr. Weingarther Neto<sup>7</sup>; b) igualmente, el uso de drogas fue apuntado por los propios jóvenes en una investigación realizada por Tejadas (2005) como uno de los factores determinantes en la reincidencia (Junqueira & Jacoby, 2006); y c) Martins y Pillon (2008) investigó 150 chicos de 12 a 21 años, cumpliendo medida socioeducativa en régimen internado por la primera vez. Los resultados del estudio de Martins y Pillon apuntaron que el primer uso

---

<sup>7</sup> Prof. Dr. Jayme Weingartner Neto, realizó un estudio (2002 a 2005) con el objetivo de identificar los factores que provocaron la reincidencia en actos infractores por jóvenes que ya habían recibido medidas socioeducativas en la Comarca de Santa Maria, entre los años de 1998 y 2003. (Junqueira & Jacoby, 2006)

del alcohol, cigarrillo y marihuana son elevados y ocurren concomitantemente con la edad media de 12 años. Tal investigación apuntó que los delitos más practicados por los jóvenes son el robo (40,7%), seguido del tráfico de drogas (29,4%) y el hurto (9,3%) ocurriendo con la edad media de 13 años. Además, según las autoras, sus hallazgos coinciden con otras investigaciones donde los principales factores de riesgo para que el adolescente se involucre en el uso de drogas y en actos infractores quizás sean la relación con los padres, la influencia del grupo y el nivel de escolaridad.

El periodo de la adolescencia, según resaltan algunos autores como Becoña (2000), Chambers, Taylor y Potenza (2003) y Oliveros (1995), es tradicionalmente considerado una etapa de especial vulnerabilidad para el inicio y la exploración en el consumo de sustancias (Queija, Rodríguez, Tinoco & Moreno, 2007). Por otra parte, según datos del ABEAD (*Associação Brasileira de Estudos do Alcool e Outras Drogas*), el alcoholismo alcanza a un 10% de la población brasileña, generando serios problemas físicos, psicológicos y sociales. Trae secuelas físicas, tales como, tensión alta, pancreatitis, úlcera, cardiopatía, cirrosis hepática; psicológicas, como problemas de memoria, irritabilidad, nervosismos, insomnio, depresión, ansiedad; y sociales, como el paro, problemas conyugales y familiares, delincuencia, prisiones y accidentes de trabajo y automovilístico. El problema es igualmente de ámbito mundial.

Los hechos en la actualidad cada vez más demuestran que las tasas de consecuencias serias por causas extremas, en especial la violencia, viene presentando índices considerables de adolescentes víctimas o agresores, bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva. Tal consumo de drogas ilícitas es una de las conductas de riesgo que preocupa a los gobiernos de los países y por consiguientes a estudiosos de todo en mundo. Según los investigadores brasileños Tavares, Béria y Lima (2004), los resultados de los estudios realizados en otros países sobre los factores de riesgo para el consumo de drogas entre los adolescentes, apuntan a que el uso de drogas están relacionados con: factores sociodemográficos (sexo, edad y clase social), consumo de alcohol o drogas de familiar, crianza monoparental, baja percepción de apoyo parental, ausencia de la práctica religiosa y menor práctica de deporte.

En Brasil, aunque los estudios están enfocados de modo especial a los factores sociodemográficos, según Tavares et al. (2004) algunos investigadores apuntaron la violencia doméstica y la calidad de la relación familiar como factores importantes en relación al consumo de drogas (Carvalho, Pinsky, Silva & Carlini-Cotrim, 1995), la separación de los padres y no residir con los padres (Baus, Kupek & Pires, 2002). Por

otro lado, los resultados de los estudios de Tavares et al. sobre los factores asociados al consumo de drogas (excluido el tabaco y el alcohol) en 2.410 estudiantes de 10 a 19 años, apuntaron que el consumo de drogas es mayor en las clases más favorecidas económicamente e identificaron varios aspectos de la relación familia-adolescente asociados al consumo de drogas entre los adolescentes brasileños (coincidiendo con los hallazgos de Musa et al. en Ribeirão Preto); además apuntaron un aumento linear de las prevalencia de consumo con la edad, ausencia de diferencia significativa entre los sexos, no encontrando relación entre los que practicaban deporte y los que no. En los hallazgos de Tavares et al. los factores asociados a un alto consumo de drogas fueron: relación ruin o pésima con el padre o madre (tres veces mayor con mala relación con la madre), padres separados, padres permisivos, víctimas de malos tratos, familiares consumidores de drogas, haber sido asaltado o robado en el año anterior y la ausencia de la práctica religiosa.

Específicamente con relación al consumo de alcohol, Lima, Bion, Burgos y Orange (2008) realizaron un análisis del panorama mundial y brasileño sobre el consumo de alcohol por adolescentes para identificar factores de riesgo asociados a tal consumo y sus consecuencias nutricionales. Estos autores resaltan que el consumo del alcohol a largo plazo y/o en altas dosis causa alteraciones nutricionales. Ellos concluyeron que el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, la estructura familiar y el rendimiento escolar son factores de riesgo para el alcoholismo en niños y adolescentes. Podemos observar que tales factores coinciden con los encontrados en el consumo de drogas. A su vez, Strauch, Pinheiro, Silva y Horta (2009), en sus recientes estudios sobre el consumo de alcohol por adolescentes constataron que tal consumo fue prevalente en ambos los sexos y con un inicios excesivamente precoces, confirmando los resultados de estudios anteriores. Además, fumar cigarrillos y ya haber tenido relaciones sexuales fueron factores asociados al consumo de bebidas alcohólicas.

Aparte, investigadores como Pechansky, Szobot y Scivoletto (2004), Lima et al. (2008) y Strauch et al. (2009) resaltan que el consumo de sustancia psicoactivas como el alcohol está adquiriendo características de un complejo problema social que con su creciente dimensión y sus nocivas consecuencias comprometen significativamente la salud y el desarrollo de un importante porcentaje de niños, adolescentes y jóvenes. Al mismo tiempo, los expertos en el tema ponderan que consumir alcohol antes de los 16 años, aumenta significativamente la probabilidad de hacerlo excesivamente en la edad

adulto (en ambos los sexos). Por eso alertan de la necesidad de tomar medidas preventivas con el objetivo de controlar el consumo de alcohol en los jóvenes de 11 a 15 años.

Los investigadores Horta, R., Horta, B. y Pinheiro (2006), en su trabajo “*Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco*”, observaron que el tabaquismo de los padres está relacionado significativamente con el tabaquismo y consumo de drogas ilícitas por adolescentes. Los hallazgos del trabajo apuntaron que la familia y la cultura son los transmisores de sistemas de creencias y expectativas sobre los papeles sociales, las relaciones e interrelaciones, y sobre sus hábitos y costumbres (principalmente con relación a las sustancias psicoactivas). Por eso, resaltaron la importancia del efecto protector que la familia tiene sobre el desarrollo a las adicciones del adolescente.

**Tabla 3. Investigaciones realizadas en adolescentes brasileños entre 2000 y 2009.**

Factores asociados al consumo de alcohol y drogas por adolescentes brasileños	Autores/Año
Absentismo escolar	Guimarães, Godinho, Cruz, Kappann y Tosta Junior, 2004; Soldera, Dalgarrondo, Corrêa Filho y Silva, 2004a; Soldera, Dalgarrondo, Corrêa Filho y Silva, 2004b; Souza y Silveira Filho, 2007; Tavares, Béria y Lima, 2001; Teixeira, Aliane, Ribeiro y Ronzani, 2009
Ausencia de religiosidad o de la práctica religiosa, educación religiosa menos intensa	Dalgarrondo, Soldera, Corrêa Filho y Silva, 2004; Pavani, Silva, Moraes y Chiaravalloti Neto, 2007; Silva, Pavani, Moraes y Chiaravalloti Neto, 2007; Soldera et al., 2004a; Tavares, Béria, y Lima, 2004
Calidad de la relación familiar (padres-hijos, poco apoyo y comprensión familiar, vínculos débiles, malos tratos)	Guimarães, Hochgraf, Brasiliano, y Ingberman, 2009; Pavani et al. 2007; Pavani, Silva y Moraes, 2009; Silva et al., 2007; Soldera et al., 2004a; Soldera et al., 2004b; Tavares et al., 2004
Edad	Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho y Gouveia, 2000; Tavares et al., 2001
Estudiar en escuelas particular (mejor nivel socioeconómico)	Guimarães et al., 2004; Soldera et al., 2004a; Souza, Areco y Silveira Filho, 2005
Estudiar en escuelas públicas	Soldera et al., 2004b; Tavares et al., 2001
Familiare consumidores de drogas y/o alcohol o tabaco	Dalgarrondo et al., 2004; Horta et al., 2006; Souza et al., 2005; Tavares et al., 2004; Vieira, Aerts, Freddo, Bittencourt y Monteiro, 2008
Haber sido asaltado o robado en el año anterior	Tavares et al., 2004
Menor desempeño escolar, suspensión escolar, ausencia de vínculo con a escuela, nivel escolaridad	Horta R. L, Horta B. L., Pinheiro, Morales y Strey, 2007; Soldera et al., 2004b; Souza y Silveira Filho, 2007; Teixeira et al., 2009
Nivel económico/ Clase social	Baus, Kupek y Pires, 2002; Guimarães et al., 2004; Horta et al., 2007; Soldera et al., 2004a; Soldera et al., 2004b; Souza y Silveira Filho, 2007
No residir con los padres o con uno de ellos	Baus et al., 2002; Dalgarrondo et al., 2004; Silva et al., 2007; Souza et al., 2005
Padres permisivos	Tavares et al., 2004
Padres separados o mala relación entre ellos	Baus et al., 2002; Pavani et al. 2007; Pavani et al., 2009; Tavares et al. 2004
Sentimientos de tristeza, soledad, dificultad para dormir e idea suicida.	Vieira et al., 2008
Sexo femenino (drogas ilícitas)	Guimarães et al., 2009
Sexo femenino (drogas lícitas)	Baus et al., 2002; Guimarães et al., 2009
Sexo masculino	Carlini-Cotrim et al., 2000; Guimarães et al., 2004; Horta et al., 2007; Pavani et al. 2007; Silva, Pavani, Moraes y Chiaravalloti Neto, 2006; Silva et al., 2007; Souza et al., 2005; Souza y Silveira Filho, 2007; Tavares et al., 2001
Trabajar (mayor poder adquisitivo, patrones de socialización adultos, estudio nocturno, estrese)	Dalgarrondo et al., 2004; Soldera et al., 2004a; Soldera et al., 2004b; Souza et al., 2005; Souza y Silveira Filho, 2007
Uso de drogas ilícitas	Carlini-Cotrim et al., 2000
Víctimas de malos tratos	Tavares et al., 2004

Fuente: Elaboración propia basada en las investigaciones citadas en la misma (Martins D'Angelo, 2011)

En nuestra revisión de los estudios realizados con adolescentes brasileños también se identificaron otros factores asociados al consumo de alcohol y drogas, como se puede ver en la Tabla 3.

Otro punto interesante a destacar sobre las investigaciones analizadas es la observación de Souza y Silveira Filho (2007) que argumentan que la actividad profesional o deportiva por sí sola no impide a los adolescentes en edad escolar de consumir alcohol, drogas o fumar; contradiciendo la creencia que mantener el joven adolescente ocupado o con actividades extracurriculares impediría su contacto con las drogas.

Todo lo visto nos lleva a coincidir con los demás investigadores que, en su mayoría, consideran que el consumo de alcohol y drogas por adolescentes es un fenómeno complejo, resultado de una combinación de factores (genéticos, psicológicos, familiares, socioeconómicos y culturales) y que no debe ser tratado sólo desde una dimensión biológica, psicológica, social o política. En nuestro trabajo consideraremos tal consumo adolescente como las CRPS, que serán investigadas dentro de los marcos: Trastorno de la Conducta, Dependencia de Sustancia y Abuso de Sustancia.

### **3.1. El Trastorno de la Conducta**

En este trabajo abordaremos la delincuencia y el consumo de alcohol y drogas - las CRPS en los adolescentes, que son comportamientos que pueden caracterizar los Trastornos de la Conducta.

Según el *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais*, cuarta edición - DSM-IV-TR<sup>TM</sup> (APA, 2002), el Trastorno de la Conducta se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el cual son violados los derechos individuales de los otros, normas o reglas sociales importantes propias de la edad. Estos comportamientos son agrupados de la siguiente manera: a) conducta agresiva causante o con peligro de lesiones corporales a otras personas o animales, b) conducta no agresiva que conlleva a pérdidas o daños al patrimonio, c) defraudación o hurto y d) serias violaciones de reglas. Este patrón de comportamiento que generalmente está presente en el ámbito escolar, social y familiar compromete el funcionamiento social, académico o profesional.

Existen 3 subtipos de Trastorno de la Conducta: a) inicio en la niñez, b) inicio en la adolescencia y c) inicio inespecífico. Igualmente tiene tres niveles de gravedad: a) leve: presenta con pocos problemas de conducta que causan pequeños daños a los demás (e. g.: mentiras, faltar a la escuela, permanecer en la calle sin permiso), b) moderado: presenta

los problemas de conducta e sus efectos sobre los demás son entre “ligeros” y “severos” (e.g.: hurtos sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo) y c) grave: presenta muchos problemas de conducta además de los necesarios para diagnosticar o tales problemas causan grandes daños a los demás (e.g.: sexo forzado, crueldad física, utilización de arma, robo con enfrentamiento con la víctima, forzamiento e invasión). (APA, 2002)

Según el DSM-IV-TR<sup>TM</sup> (2002), los factores que pueden predisponer el individuo a desarrollar el Trastorno de la Conducta son: rechazo y negligencia parental, temperamento difícil del bebé, crianza inconsistente con excesiva rigidez, abuso físico o sexual, carencia de supervisión, institucionalización en los primeros años de vida, frecuentes cambios de los responsables por el niño, familia muy numerosa, tabaquismo materno durante el embarazo, rechazo por los pares, violencia en su barrio de residencia y cierta psicopatología en la familia (e.g.: Trastorno de Personalidad Anti-Social, Trastornos de Humor o Esquizofrenia, Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad o Trastorno de la Conducta y Dependencia o Abuso de Sustancia). (APA, 2002)

El inicio del Trastorno de la Conducta puede ocurrir en los años de la pre-escuela, no obstante los primeros síntomas importantes por lo general surgen entre la niñez hasta la mitad de la adolescencia, siendo que su inicio es raro a los 16 años. Su curso es variable, en la mayoría de los individuos ella remite en la vida adulta. Particularmente, aquellos que presentan el Tipo con Inicio en la Adolescencia y aquellos con síntomas más leves y en menor número, logran una adaptación social y profesional en la edad adulta. En contrapartida los con el Tipo con Inicio en la Niñez presenta un peor pronóstico y un mayor riesgo de presentar Trastorno de la Personalidad Anti-Social y Trastornos relacionados a Sustancias en la vida adulta. Además, los individuos con Trastorno de la Conducta tienen el riesgo de desarrollar Trastornos del Humor o Trastornos de Ansiedad, Trastorno Somatoformes y Trastornos relacionados a Sustancias. (APA, 2002)

Los niños y adolescentes con el Trastorno de la Conducta a menudo tienen comportamientos agresivos y reaccionan con agresividad a las personas, pudiendo: provocar, amenazar o intimidar; a menudo iniciar luchas corporales; usar armas que puedan causar una seria lesión corporal; hacer crueldades físicas en personas y animales; robar confrontando a la víctima; forzar a alguien a mantener relaciones sexuales; destruir intencionadamente el patrimonio ajeno, incluyendo la provocación de incendios con la intención de causar daños serios o destruir de otras maneras; defraudar o hurtar con o sin forzamiento de casas, fincas o coches; mentir o romper promesas a menudo para lograr bienes o favores, o para eludir de débitos u obligaciones; hurtar objetos de valor sin

confrontación con la víctima; cometer graves violaciones de reglas (escolares, parentales). Tal trastorno está a menudo asociado con la precocidad del comportamiento sexual, el consumo de alcohol y drogas ilícitas, actos temerarios y peligrosos. Por consiguiente, estos pueden conllevar a la suspensión o expulsión de la escuela, problemas de adaptación al trabajo, dificultades con la ley, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, traumatismos accidentales o luchas corporales. Además, el consumo de drogas ilícitas puede acarrear la persistencia del Trastorno de Conducta. (APA, 2002)

### **3.2. La Dependencia de Sustancia**

Según el Manual DSM-IV-TR™ (2002) los Trastornos Relacionados a Sustancias incluyen desde trastornos relacionados al consumo de una droga de abuso (inclusive alcohol), a los efectos colaterales de un medicamento y a la exposición a toxinas. El DSM-IV-TR™ se refiere al término Sustancia tanto una droga de abuso, un medicamento o una toxina, agrupándola en 11 clases: Alcohol, anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabinoides, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

La exposición o el consumo de tales Sustancias generan una serie de trastornos en el individuo. Los Trastornos relacionados a Sustancia son divididos en dos grupos:

- 1) Trastorno por consumo de Sustancia: Dependencia de Sustancia y Abuso de Sustancia.
- 2) Trastorno inducido por Sustancia: Intoxicación con Sustancia, Abstinencia de Sustancia, Delirium inducido por Sustancia, Demencia Persistente Inducida por Sustancia, Trastorno Amnésico Persistente Inducido por Sustancia, Trastorno Psicótico Inducido por Sustancia, Trastorno de Humor Inducido por Sustancia, Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancia, Disfunción Sexual Inducida por Sustancia, Trastorno del Sueño Inducido por Sustancia.

En nuestro trabajo nos limitaremos a tratar de los Trastornos por consumo de Sustancias. La Dependencia de Sustancia tiene como característica esencial un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que demuestran que el individuo continúa consumiendo la sustancia, aun cuando tiene problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que frecuentemente lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la

sustancia. La Dependencia de Sustancia es definida como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que surgen en cualquier momento en un período de 12 meses. Tales síntomas son similares para todas las categorías de sustancias, pero con algunas, determinados síntomas son menos evidentes pudiendo, inclusive, no manifestarse.

El criterio de diagnóstico de Dependencia de Sustancia del DSM-IV-TR<sup>TM</sup> puede ser aplicado a toda clase de sustancias, excluyendo la cafeína. Si bien, la “necesidad irresistible” de consumo no está incluida como uno de los criterios diagnósticos, la mayoría de los individuos con Dependencia de Sustancia la experimentan.

El primer criterio es la Tolerancia definida como la necesidad de consumir a cantidades crecientes de la sustancia para lograr la intoxicación (o el efecto deseado) o una considerable disminución de los efectos de la sustancia con el consumo continuado de las mismas dosis. Se debe observar que el grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. De igual manera la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias son diferentes.

El segundo criterio es la Abstinencia definida como alteraciones de comportamiento mal adaptativo, cognoscitivos y fisiológicos, que surgen cuando disminuye la concentración de una sustancia en la sangre o los tejidos del individuo que mantuvo un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Para eliminar o aliviar los molestos síntomas de abstinencia, el individuo normalmente consume la sustancia al despertarse y a lo largo del día. Según la clase de sustancia, los síntomas de abstinencia varían mucho y el DSM-IV-TR<sup>TM</sup> propone distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas.

No obstante, la tolerancia y la abstinencia no son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una Dependencia de Sustancia. Algunos sujetos, como los que tienen dependencia del Cannabis, presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por otro lado, ciertos pacientes postquirúrgicos no dependientes de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos experimentando abstinencia sin entretanto mostrar cualquiera signo de uso compulsivo. El DSM-IV-TR<sup>TM</sup> presenta los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia, que no detallaremos aquí por no ser relevante en nuestro estudio.

El consumo compulsivo de sustancia característico de la Dependencia tiene un patrón descritos en los siguientes criterios:

Criterios 3: consumir mayores cantidades de sustancia o por un período de tiempo más largo de lo pretendido por él.

Criterio 4: desear persistentemente regular o abandonar el consumo de la sustancia, pudiendo en algunos casos haber un historial previo de numerosos intentos malogrados.

Criterio 5: el individuo puede dedicar mucho de su tiempo para obtener, tomar y recuperarse de los efectos de la sustancia.

Criterio 6: En ciertos casos, todas las actividades de la persona giran alrededor de la sustancia e importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden verse abandonadas o reducidas por su consumo. El individuo puede llegar a alejarse de actividades familiares o de ocio para consumirla en secreto o para estar más tiempo con los amigos que también la consuman.

Criterio 7: A pesar de reconocer la contribución de la sustancia para un problema psicológico o físico, el individuo continúe a consumirla. Lo esencial aquí es verificar la imposibilidad de abstenerse del consumo, mismo consciente de los problemas que éste le causa.

### **3.3. El Abuso de Sustancia**

Según el DSM-IV-TR<sup>TM</sup> (2002), la característica fundamental (Criterio A) del Abuso de Sustancia consiste en un patrón inadaptado de consumo de sustancias manifestado por consecuencias negativas recurrentes y significativas, por un período de continuado de 12 meses, relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Por ejemplo, incumplir obligaciones importantes, consumir repetidamente en situaciones en las cuales hacerlo pone en riesgo su integridad física, tener variados problemas legales y problemas sociales e interpersonales recurrentes.

A diferencia de los criterios para la Dependencia de Sustancia, los criterios para el Abuso de Sustancia del DSM-IV-TR<sup>TM</sup> incluyen únicamente las consecuencias nocivas del consumo repetido. La cafeína y la nicotina no están incluidas en esa categoría. Si bien probablemente se diagnostique de Abuso de Sustancia los sujetos que empezaron su consumo recientemente, algunos de ellos continúan a experimentar consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia por un prolongado período de tiempo sin desarrollar los signos de Dependencia. El criterio A está subdividido en otros 4 criterios:

A1 - El sujeto puede presentar repetidamente intoxicación u otros síntomas relacionados con la sustancia cuando debería estar cumpliendo con sus obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.

También puede ocurrir que el individuo se ausente u obtenga un débil desempeño en su trabajo debido a las “resacas”, ser negligente en los cuidados con sus hijos o tareas de hogar, si es estudiante faltar, ser suspendido o expulsado de la escuela.

A2 – El individuo puede estar frecuentemente intoxicado en situaciones en las cuales esto constituya un peligro físico (e.g.: conducir, trabajar con máquinas o mismo actividades de ocio como natación o montañismo).

A3 – El individuo puede tener problemas legales debido al consumo de la sustancia, como ser detenido por desorden, agresión y paliza, conducir bajo su efecto, etc.

A4 - El individuo puede continuar el consumo de la sustancia aun con repetidas indeseables consecuencias sociales e interpersonales, como problemas conyugales o divorcio, violencia física o verbal.

El segundo criterio (Criterio B) consiste en que un diagnóstico de Dependencia de Sustancia prevalece sobre el de Abuso de Sustancia en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia conformes con esa clase de sustancias.

#### **4. El contexto sociopolítico sobre la violencia en Brasil**

Waiselfisz (2008a) realizó el segundo *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros* con informaciones e indicadores de mortalidad colectados hasta el año de 2006 suministrados por el Ministerio de la Salud. Tales mapas, elaborados en Brasil cada dos años, desde 1998, con el objetivo de analizar la situación y evolución de la letalidad violenta en el país, reveló un nuevo fenómeno: hasta 1999 los polos dinámicos de la violencia estaban concentrados en las grandes capitales y metrópolis, no obstante a partir de esa fecha, se desplazó para el interior de los Estados. En este trabajo fueron mapeados los indicadores de los 5.564 municipios brasileños existentes. Tal hecho presentaba un gran desafío y un trabajo arduo para el investigador, pero necesario para envolver los poderes públicos municipales y las estructuras de la sociedad en la lucha contra la violencia, que en la actualidad brasileña mata más que muchas endemias y pandemias tradicionales. Los resultados de este estudio posibilitan rastrear el foco, entender el

fenómeno y trazar planos de acción para solucionarlo y prevenir su reincidencia. Además, un gran incentivo para realizarlo fue la repercusión que obtuvo un trabajo anterior, el *Mapa da Violência de São Paulo: La reducción significativa y sistemática de los índices de violencia de este Estado*.

Waiselfisz (2008a), en su estudio, ve la existencia de la violencia cuando un o varios actores, en una situación de interacción, actúan directa o indirectamente, firme o diseminadamente, “*dañan a una o más personas en grados variados, sea en su integridad física o moral, en sus posesiones, o en sus participaciones simbólicas y culturales*” (p. 9); además, al trabajar de modo particular sobre los homicidios juveniles, él conceptúa a juventud como “*el período de la vida que prepara los individuos a asumir el papel de adultos en la sociedad, tanto en el plano familiar como en el profesional, extendiéndose de los 15 a los 24 años*” (p. 9).

Waiselfisz (2008a, 2008b) resalta que su estudio *Juventude, Violência e Cidadania. Os Jovens de Brasília*, en 1998, evidenció la gran limitación del registro de quejas a la policía sobre las diversas formas de violencia, pues son escasos los jóvenes que denuncian a la policía las agresiones sufridas (violencia física, un 6,4%, asalto/hurto, un 4%; y en violencia en el transito, un 15%). Por esa falta de alternativas para mensurar la violencia en los Estados y Municipios del país, Waiselfisz (2008a) decidió utilizar los óbitos violentos como indicador de violencia en general, ya que:

*(... ) la muerte revela, 'per se', la violencia llevada a su extremo. Del mismo modo en que la virulencia de una epidemia es indicada, frecuentemente, por la cantidad de muertes que ella originó también la intensidad en los diversos tipos de violencia guarda una estrecha relación con el número de muerte que causa. (Waiselfisz, 2008a, p.3)*

Para su estudio Waiselfisz (2008a), utilizó las siguientes causas de óbito establecidas por el CID-10: accidentes de transporte, homicidios, óbitos por el uso de armas de fuego. En este trabajo presentaremos sólo los resultados referentes a la ciudad en cuestión: São João del-Rei (SJDR).

Según el trabajo de Waiselfisz (2008a) en el periodo de 1996/2006 el *Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)*, de la *Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde*, informó que el número total de homicidios pasó de 38.888 para 46.660, significando un incremento de 20%, ligeramente superior al 16,3% del crecimiento de la población del mismo periodo. Dentro de estos números la población joven (15 a 24 años) tuvo un incremento mayor que el de la población total, un 31,3% (de 13.186 a 17.312). Detallando un poco más estos datos, entre los años 1996 y 2003 (el

periodo de mayor crecimiento de la violencia letal, el crecimiento en la población joven fue de 50%, dos veces mayor que de la población no joven (22%). No obstante, entre 2004 y 2006, la disminución fue más significativa: 13% para la población joven contra 5,8% de la población no joven. Esta disminución, según Waiselfisz, puede ser atribuida a las políticas de desarme, es decir, la retirada de circulación de cantidades significativas de armas de fuego, además de la regulación legal para su compra, porte o utilización.

Los resultados del estudio de Waiselfisz (2008a) apuntan que 73,3% de los homicidios ocurridos en el país en 2006 están concentrados en tan solo 10% del total de los municipios, es decir, 556 de 5566. En este contexto, SJDR, la ciudad a que se refiere este trabajo, está dentro de este 10%, ocupando el lugar 451° como podemos ver en la Figura 3.

Enfocando la violencia desde otro ángulo, Waiselfisz (2008a) concibió como victimización la proporción de homicidios juveniles en relación al total de homicidios en el municipio, y utilizó los indicadores de victimización para verificar los niveles de violencia que afecta a la juventud. Específicamente, él empleó como medida de victimización, la proporción de los homicidios juveniles con relación al total de homicidios en 2006 en una determinada área geográfica, el municipio. Tales medidas indican el grado de concentración de la violencia letal entre los jóvenes. Como los jóvenes representan una media del 20% de la población total, un bajo índice de victimización juvenil indica que la violencia letal es un fenómeno que afecta poco a la juventud; un valor alrededor de 20%, indica un problema que afecta a juventud en la misma proporción que al restante de la población; y un índice que sobrepasa significativamente estos 20% indica la existencia de una alta victimización, mucho mayor en la medida en que el índice calculado es mayor. Bajo este criterio SJDR ocupó el puesto 132° de entre los 200 municipios con más de 70.000 habitantes con mayores índices de victimización juvenil entre los años de 2004 a 2006 (ver Figura 4). Con un índice de victimización juvenil de 40,3%, SJDR presenta una preocupante y alta victimización juvenil.

Por tanto, el homicidio fue la causa externa de muerte juvenil más importante considerada como el principal responsable de la elevada mortalidad de adolescentes, cuyo índice se incrementó considerablemente en los últimos años, triplicando los datos presentado sobre los accidentes en medios de transporte.

**Figura 3. Tasa de homicidio de São João del-Rei - Brasil 2006**

Ordem	UF	Município	Número de Homicídios					Anos Média Móvel	Média Taxa Homicídio	Média Popul. (miles)
			2002	2003	2004	2005	2006			
422º	SC	Florianópolis	89	100	109	97	155	3	32,8	366,4
423º	AL	São Miguel dos Campos	18	13	11	17	22	3	32,8	50,8
424º	RR	Caracará	5	4	2	5	9	3	32,8	16,3
425º	GO	Planaltina	44	33	38	33	2	3	32,8	74,2
426º	RS	Dezesseis de Novembro	0	2	1	1	1	3	32,8	3,1
427º	BA	Santa Luzia	1	2	3	4	8	3	32,8	15,3
428º	RR	Bonfim	3	2	4	2	3	3	32,8	9,2
429º	RJ	Comendador Levy Gasparian	2	2	1	5	2	3	32,8	8,1
430º	CE	Fortaleza	707	666	654	808	847	3	32,7	2351,0
431º	PR	Altamira do Paraná	1	1	2	2	1	3	32,7	5,1
432º	MS	Eldorado	0	3	5	3	3	3	32,7	11,2
433º	SP	Ferraz de Vasconcelos	67	83	69	54	35	3	32,7	161,2
434º	SE	Nossa Senhora do Socorro	43	42	32	52	59	3	32,6	146,0
435º	SP	Santo Antônio de Posse	6	4	9	4	5	3	32,6	18,4
436º	PE	Macaparana	4	4	5	13	5	3	32,6	23,5
437º	BA	Casa Nova	11	21	23	15	20	3	32,6	59,4
438º	GO	Abadia de Goiás	1	3	2	3	0	3	32,5	5,1
439º	PA	Redenção	1	1	26	26	11	3	32,5	64,6
440º	SP	Peruibe	28	38	22	10	19	3	32,5	52,3
441º	PE	Belém de São Francisco	21	8	8	4	8	3	32,5	20,5
442º	RS	Jóia	1	0	5	1	2	3	32,5	8,2
443º	MG	Galiléia	0	1	1	3	3	3	32,5	7,2
444º	RS	Arvorezinha	0	1	2	6	2	3	32,4	10,3
445º	PA	Breu Branco	11	11	14	13	13	3	32,4	41,1
446º	PE	Lagoa Grande	9	14	3	6	11	3	32,4	20,6
447º	RJ	Três Rios	19	27	24	24	21	3	32,4	71,1
448º	AL	Murici	7	7	6	8	10	3	32,3	24,8
449º	RJ	Volta Redonda	99	75	79	84	81	3	32,3	252,0
450º	CE	Maracanaú	46	47	61	49	71	3	32,2	187,6
451º	MG	São João del Rei	8	18	23	35	20	3	32,2	80,9
452º	RS	Frederico Westphalen	7	3	5	13	9	3	32,2	28,0
453º	PE	Dois Riachos	3	5	3	4	4	3	32,1	11,4
454º	PA	Canaã dos Carajás	1	8	7	8	5	3	32,1	20,8
455º	RS	Guaíba	21	30	37	20	33	3	32,1	93,5
456º	BA	Ipiaú	11	9	14	15	11	3	32,1	41,6
457º	ES	Pancas	12	6	6	8	4	3	32,0	18,7
458º	MT	Rondolândia	0	2	1	2	1	3	32,0	4,2
459º	AC	Rio Branco	120	104	87	73	112	3	32,0	283,3

continua ▶

Fuente: Microdados SIM/SVS/MS en: Waiselfisz, J. J. (2008a). Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros 2008, p. 42 – Tabela 2.3. Participación de los 10% de municípios com maiores taxas dos Municípios Brasileiros. 2006.

**Figura 4. Índice de victimización juvenil de São João del-Rei - Brasil, 2006.**

Ordem	UF	Município	Número de homicídios total				Número de homicídios juvenis				Vitímização Juvenil	Popul. em 2006 (miles)
			2004	2005	2006	Média	2004	2005	2006	Média		
113ª	PR	Campo Mourão	39	45	45	43	15	21	17	18	41,1	82,3
114ª	GO	Goiânia	435	415	444	431	172	178	181	177	41,0	1220,2
115ª	PE	Gravatá	16	16	7	13	6	8	2	5	41,0	70,2
116ª	RJ	Duque de Caxias	605	710	689	668	221	295	306	274	41,0	830,4
117ª	SP	Guaratinguetá	21	19	21	20	7	8	10	8	41,0	107,6
118ª	SP	São José dos Campos	190	106	107	134	88	35	42	55	40,9	584,9
119ª	SP	Itapevi	75	75	80	77	27	32	35	31	40,9	188,3
120ª	BA	Camaçari	62	102	103	89	27	38	44	36	40,8	210,9
121ª	SP	Santana de Parnaíba	35	39	34	36	12	19	13	15	40,7	95,2
122ª	PA	Marabá	150	187	164	167	61	83	60	68	40,7	193,2
123ª	BA	Eunápolis	30	41	52	41	13	15	22	17	40,7	95,2
124ª	SP	Arujá	20	14	3	12	8	6	1	5	40,5	70,9
125ª	SC	Criciúma	11	14	17	14	5	4	8	6	40,5	183,3
126ª	MA	Timon	14	20	8	14	6	9	2	6	40,5	142,7
127ª	PI	Parnaíba	15	15	12	14	6	7	4	6	40,5	139,4
128ª	RJ	Itaperuna	27	30	27	28	10	11	13	11	40,5	92,1
129ª	BA	Vitória da Conquista	115	112	102	110	43	50	40	44	40,4	300,9
130ª	RJ	Rio de Janeiro	3174	2552	2153	2626	1264	1041	879	1061	40,4	6025,0
131ª	MG	Ipatinga	47	37	25	36	18	18	8	15	40,4	234,3
132ª	MG	São João del-Rei	23	35	19	26	12	12	7	10	40,3	81,4
133ª	SP	Taboão da Serra	77	47	45	56	33	15	20	23	40,2	216,8
134ª	RJ	Campos dos Goytacazes	131	176	168	158	47	71	73	64	40,2	422,6
135ª	PB	Campina Grande	124	136	138	133	41	55	64	53	40,2	369,0
136ª	BA	Porto Seguro	53	92	124	90	18	32	58	36	40,1	108,8
137ª	RS	Porto Alegre	566	573	511	550	236	235	190	220	40,1	1406,6
138ª	PR	Cascavel	97	97	111	102	38	43	41	41	40,0	279,7
139ª	MT	Sinop	24	25	21	23	5	10	13	9	40,0	101,5
140ª	TO	Gurupi	13	21	11	15	7	7	4	6	40,0	71,3
141ª	CE	Crateús	12	18	10	13	5	9	2	5	40,0	71,1
142ª	MG	Teófilo Otoni	72	113	76	87	28	46	30	35	39,8	126,7
143ª	RJ	Resende	31	50	42	41	14	18	17	16	39,8	116,3
144ª	CE	Maracanaú	61	49	71	60	25	21	26	24	39,8	192,3
145ª	PE	Cabo de Santo Agostinho	115	134	119	123	43	56	47	49	39,7	161,1
146ª	MA	Bacabal	16	24	8	16	8	10	1	6	39,6	94,9
147ª	SP	Jacareí	82	34	23	46	34	11	10	18	39,6	201,9
148ª	SP	Atibaia	29	31	21	27	8	12	12	11	39,5	116,6
149ª	RJ	Angra dos Reis	73	95	66	78	30	34	28	31	39,3	142,1

Fuente: Microdados SIM/SVS/MS en: Waiselfisz, J. J. (2008a). Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros 2008. p. 72 – Tabela 3.5. Significación dos 200 municípios com mais de 70000 habitantes com os maiores índices de vitimização juvenil. Brasil.2006.

Según el Ministerio de Salud de Brasil, los accidentes y la violencia, responsables por expresivos datos de morbimortalidad de la población y elevado costo financiero para el *Sistema Único de Saúde* (SUS), son un grave problema de Salud Pública, y diversas

instituciones gubernamentales y no gubernamentales. De manera especial, la violencia alcanza dramáticamente a la juventud, llegando a ser la primera causa de muerte en jóvenes de 14 a 24 años. Ya en la década de los 90, Beato (2000) observaba que en las ciudades brasileñas con más de 50 mil habitantes, existía una propensión real de aumento de las causas externas en la mortalidad juvenil, además de verificar un gran aumento de la criminalidad en este grupo etario. Los datos del *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE) indicaban que las muertes por causas externas correspondían a 72,2% de las muertes de jóvenes de 15 a 19 años, siendo, ciertamente, la primera causa de muerte del joven brasileño. (Ministério da Saúde, 2004)

De acuerdo con el *Centro de Informação sobre a Cidade de São João del-Rei* (CIC), el índice de mortalidad y morbilidad, en 2006, por causas externas la franja etaria de 15 a 19 años fue de 85,7% (Ver Figura 5). Las noticias en los periódicos locales (Del Rei Noticias<sup>8</sup>, Folha das Vertentes<sup>9</sup>) y también en uno de los más grandes periódicos nacionales (O Globo<sup>10</sup>) destacan la violencia entre estos jóvenes, y su relación con las drogas y el tráfico. Esto nos da una idea de la extensión del problema en esa ciudad y el grado de la vulnerabilidad a que están expuestos los jóvenes.

**Figura 5. Tasa de morbilidad y mortalidad por causas externas de los jóvenes de 15 a 19 años en São João del-Rei en 2006.**

Mortalidade Proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas									
Grupo de Causas	Menor 11 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	60 ou mais	65 ou mais	
Neoplasias	-	20,0	-	33,3	-	13,9	26,2	17,6	16,9
Demais causas definidas	20,0	20,0	-	33,3	14,3	14,9	16,8	18,5	18,4
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	15,8	41,1	46,3	45,6
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	6,9	5,6	12,4	13,4
Algumas afec originadas no período perinatal.	75,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Causas externas de morbilidade e mortalidade	5,0	-	-	33,3	85,7	43,6	4,7	1,9	1,9
Doenças infecciosas e parasitárias	-	60,0	-	-	-	5,0	5,6	3,3	3,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>99,9</b>	<b>100</b>	<b>100,1</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) 2006

Fuente: Centro de Informação sobre a cidade de São João del-Rei (CIC)

Conforme los estudios realizados por Mello Jorge y Gottlib (2000), la violencia y los accidentes, desde la década de 80, viene intensificando y afectando de modo particular los grupos más vulnerables, los jóvenes y los más pobres; incrementando sus efectos en la sociedad brasileña. Estos efectos son explicados por su vez por Beato (2000) quien llama la atención al hecho agravante de que la violencia provoca el deterioro del capital social; las personas se encuentran menos, lo que reduce la capacidad de la sociedad de

<sup>8</sup> www.delreinoicias.com.br

<sup>9</sup> www.folhadasvertentes.com.br

<sup>10</sup> www.oglobo.com.br

organizarse. Específicamente, los estudios Mello Jorge y Gottlib, identificaron los accidentes de tránsito y las agresiones por armas de fuego (suicidios y homicidios) como las dos más importantes causas externas de mortalidad entre los jóvenes, y demás población, seguidas, solo, por diversos tipos de accidentes, sobre todo los de trabajo. (Ministério da Saúde, 2004)

En marzo de 2007, el Ministerio de Salud estimaba que anualmente 17,5 mil muertes de tránsito en general asociadas al consumo de bebidas alcohólicas por parte de los conductores (en su mayoría jóvenes) o peatones, correspondiendo a 50% de los óbitos por tales accidentes. No obstante, el consumo excesivo de alcohol va más allá de los accidentes de tránsito, sus consecuencia se hacen notar en la dependencia; estudios apuntan que 11% de brasileños con más de 12 años son dependientes del alcohol, es decir, lo consume compulsivamente, tienen síndrome de abstinencia, sufren daños por su salud y por los problemas sociales e interpersonales. Asimismo, su consumo excesivo lleva a situaciones de violencia, sexo sin protección y daños a la salud. (Ministério da Saúde, 08/03/2007)

Figura 6. 35 millones de jóvenes brasileños de 10 a 19 anos según IBGE, Censo Demográfico 2000.

IBGE			
POPULAÇÃO RESIDENTE TOTAL, POR SEXO E GRUPOS DE IDADE - 2000			
GRUPOS DE IDADE	POPULAÇÃO TOTAL		
	TOTAL	HOMENS	MULHERES
TOTAL	169 799 170	83 576 015	86 223 155
0 a 4 anos	16 375 728	8 326 926	8 048 802
5 a 9 anos	16 542 327	8 402 353	8 139 974
10 a 14 anos	17 348 067	8 777 639	8 570 428
15 a 19 anos	17 939 815	9 019 130	8 920 685
20 a 24 anos	16 141 515	8 048 218	8 093 297
25 a 29 anos	13 849 665	6 814 328	7 035 337
30 a 34 anos	13 028 944	6 363 983	6 664 961
35 a 39 anos	12 261 529	5 955 875	6 305 654
40 a 44 anos	10 546 694	5 116 439	5 430 255
45 a 49 anos	8 721 541	4 216 418	4 505 123
50 a 54 anos	7 062 601	3 415 678	3 646 923
55 a 59 anos	5 444 715	2 585 244	2 859 471
60 a 64 anos	4 600 929	2 153 209	2 447 720
65 a 69 anos	3 581 106	1 639 325	1 941 781
70 a 74 anos	2 742 302	1 229 329	1 512 973
75 a 79 anos	1 779 587	780 571	999 016
80 anos e mais	1 832 105	731 350	1 100 755

FONTE - IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais. Censo Demográfico 2000.

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000)

Las diferentes formas de violencia provocan un gran impacto y son un grave obstáculo a un desarrollo pleno para el 21% de la población brasileña, 35 millones de adolescentes brasileños entre 10 y 19 años (sean como víctimas o como autores), según el último censo de 2000 del IBGE (Ver Figura 6). Son llamativas las noticias en las cuales los adolescentes y los jóvenes son los que más mueren por agresiones y a la vez los más apuntados como actores de las agresiones en Brasil. Tal hecho reduce la expectativa de

vida, disminuye el potencial productivo de la población y representa considerables costes, directos e indirectos, para las familias y para el sistema sanitario comprometiendo todo proyecto de calidad de vida.

## 5. El perfil del joven brasileño

En 2008, el *Instituto de Pesquisa Data Folha*, realizó un sondeo inédito de las opiniones, los hábitos y aspiraciones de una población de jóvenes brasileños entre 16 a 25 años. Fueron realizadas 1541 encuestas en 168 municipios de los siguientes 24 estados brasileños: São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Bahia, Alagoas, Sergipe, Ceará, Distrito Federal, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Piauí, Maranhão, Goiás, Tocantins, Pará, Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Amazonas y Rondônia. Con un alcance nacional el resultado es el más completo perfil del joven brasileño del siglo XXI. (Instituto de Pesquisa Data Folha, 30/07/2008)

A continuación relataremos algunos de sus hallazgos:

Los resultados de algunos de los temas investigados en este sondeo, nombrado “*Jovem Brasileiro*”, mostró que la mayoría de los encuestados no están de acuerdo en legalizar el Cannabis y el aborto, además son favorables en disminuir la mayoría de edad penal, mientras que tienen opiniones divididas sobre la pena de muerte. Sus opiniones son semejantes a las de la población brasileña en general. Los resultados indicaron también que la familia, la salud, el trabajo y el estudio son los principales valores de estos jóvenes:

- Los jóvenes (chicos y chicas) apuntaron como valores muy importantes: en primer lugar están la familia y la salud con un 99% cada uno; el segundo puesto ocupan el trabajo con un 97%, los estudios con un 96%; el tercero están el ocio con un 88%, los amigos con un 85%, la religión y el sexo con un 81% cada uno, el dinero con un 79%; y por último están el la belleza con un 74% y el matrimonio con un 72%.
- El 68% de ellos no desean cambiar la ley de aborto — la práctica debe de ser considerada un crimen, salvo cuando el embarazo sea decurrente de estupro o en situación de riesgo de muerte de la madre. Los jóvenes coinciden en opinión con el conjunto de la población.
- El 50% de los encuestados son favorables a la pena de muerte y el 46% están en contra. Ese tema es lo que más divide la opinión de los jóvenes.

- El 72% considera que el Cannabis no debe ser legalizado mientras que un 25% dijo que sí. Entre la población de 16 o más un 76% esta a favor que consumir el Cannabis siga siendo considerado crimen.
- El 83% es a favor que se disminuya la mayoría de edad penal, que en Brasil es de 18 años.
- El 89% de los jóvenes dice tener religión: el 59% es católico, 16% es evangélico pentecostal, el 8% es evangélico no - pentecostales, un 2% es espírita. El judaísmo, la “umbanda” y el “candomblé” acaparan el 1% cada, o el 2% otras.

Los jóvenes hoy ansían un futuro con estabilidad profesional y económica, aspiran satisfacer necesidades básicas como el trabajo, el estudio y la casa propia antes de todo. Sus mayores sueños son la realización profesional, comprar inmuebles y vehículo, y enriquecerse; indicando que la profesión y, la casa y el vehículo propios, son aspectos fundamentales para los jóvenes brasileños de hoy. El 18% de ellos sueñan formarse y trabajar en alguna profesión específica (Derecho y Medicina fueron citadas un 2% cada una) y 15% mencionan realizarse profesionalmente, un empleo o trabajo. Otros sueños citados fueron: desean enriquecerse (4%); tener un coche o una moto (4%); montar un negocio propio, ser feliz (3%, cada uno); viajar y tener éxito (2%, cada uno).

Con relación a posición política, una parte significativa (37%) de estos jóvenes es políticamente de la derecha. El 28% se posiciona de la izquierda, el 23% se sitúan al centro y el 12% no supieron responder. El telediario político los divide, es decir, un 52% no tienen el hábito de seguirlo mientras el 47% sí lo tiene. El noticiario político es seguido por los jóvenes con escolaridad superior, los de las clases A y B (53% del segmento) y por hombres de 22 a 25 años.

¿Cuáles son los problemas de mundo de hoy que inquietan los jóvenes brasileños? Para el 22% de los encuestados el principal problema del mundo actualmente es la violencia, el 13% citó que es la pobreza y la miseria, un 9% de ellos opinan que es el medio-ambiente (de los cuales un 5% especificó el calentamiento global), la corrupción y el paro fue apuntada por un 8% (cada uno), la desigualdad social, el tráfico y consumo de drogas fueron citadas por un 7% (cada uno), el 4% apuntó la guerra y otros 4% la polución del aire y del agua, la salud fue citada por un 3% de ellos, mientras la política y la educación fue por el 2% cada.

Para un 17% de los jóvenes el principal problema del país es la violencia, para un 16% la corrupción y el paro, el hambre, la pobreza y la miseria fueron señalados con un

13% cada uno. Además de otros problemas fueron citados también: la salud (por un 9%, siendo que el 3% apuntaron en especial a la epidemia de dengue), la desigualdad social (por un 6%), la política y los gobernantes (por un 5%), la educación y las drogas (por 4%, cada uno), la economía (por un 3%), el medio ambiente (por un 2%) y la discriminación (por el 1%).

Los jóvenes brasileños no tienen gran interés por las organizaciones y movimientos sociales. Asimismo, fueron los movimientos relacionados con la Iglesia los que obtuvieron el mayor índice de participación con un 39%. Los trabajos voluntarios o comunitarios ocupan el 2º lugar con un 24%. Un 12% declaró participar de los movimientos en defensa de la naturaleza y los animales, un 10% del gremio escolar o centro académico, un 7% de los partidos políticos, un 6% de las ONGs, un 5% de los sindicatos y un 4% de la reforma agraria.

Por otro lado están los que no participan en ninguna de estas organizaciones. De entre ellos, un 74% no tiene ningún interés en participar de agremiaciones partidarias y 71% en sindicatos. El 62% no tiene interés en participar de movimientos por la reforma agraria, el 55% en entidades estudiantiles (como UNE, UMES O UBES) y el 54% en gremios escolares o centros académicos. Es para destacar el gran rechazo a los partidos políticos y sindicatos. Por otro lado, estos jóvenes se sienten más atraídos por los movimientos en defensa a la naturaleza y los animales: un 41% tiene mucho interés en participar, el 29% tiene poco interés y 27% no tiene ningún. También con relación a trabajos voluntarios o comunitarios hubo interés por parte de ellos: el 31% tiene mucho interés, un 30% un poco y 36% ninguno.

El factor “patria” investigado demostró que la mayoría de los encuestados (el 57%), no desea vivir en ningún otro país que no sea Brasil, el 18% sí lo desea y un 24% tiene un pequeño deseo.

Los jóvenes utilizan la TV y la internet como las principales fuentes de información seguidos de la radio y los periódicos para acceder a las informaciones. La TV en abierto es citada por 33% de los encuestados como medio de comunicación más utilizado para informarse, seguida por internet que es preferida por 26%. No obstante, las preferencias cambian de según la edad y los dos medios son citados por igual por el 30% (entre los de 16 y 17 años), por el 32% para la TV y el 29% para la internet entre los de 18 a 21 años, y para los de 22 a 25 años están la TV (35%), la internet (20%) y los periódicos (23%). Luego después de la TV e internet viene los periódicos (19%), la radio (16%), las revistas (3%) y la TV de paga (2%). Las preferencias también cambian según el género y la renta

mensual: los hombres (un 33% citan la TV en abierto, 31% la internet, 19% los noticieros y 18% la radio) y las mujeres (un 31% cita la TV, 21% la internet, y 18% los noticieros y la radio), entre los que cobran hasta dos sueldos mínimos (S.M.) (un 41% cita la TV en abierto, 22% la radio, 20% los noticieros y 11% la internet). Por otro lado, internet es preferencia de un 43% de los entrevistados que tiene una renta mensual de 5 a 10 S.M., de un 48% entre los que tiene más de 10. Internet también es preferencia de quien tiene escolaridad superior (un 47%) y de aquellos que hacen parte de las clases A y B (43%). De todos los entrevistados las segundas y terceras opciones fueron: un 69% para la TV en abierto, un 62% para la radio, un 59% para los noticieros, un 54% para el internet y un 7% para la TV de paga.

Los encuestados que tiene el hábito de conectar a internet afirman que lo hacen 2,5 media por vez. El 74% se habitúan a conectarse a internet (de estos 31% lo hace en su casa y el 15% en el trabajo), un 83% entre los de 16 y 17 años, un 98% entre los con escolaridad superior y 95% entre los de renta familiar mensual mayor de 10 S.M. Un 81% de los jóvenes suelen conectarse a sitios de relación (Orkut, MySpace y Facebook), un 79% para leer noticias, un 76% para intercambiar mensajes instantánea y la misma porcentaje para leer emails, un 61% para hacer investigaciones para la escuela y otros 61% para bajar música, un 58% para ver videos, un 57%, la mayoría, no suele entrar en salas de chat, mientras un 43% sí lo hace. Un 37% lo hace para hacer investigaciones del trabajo, un 32% para leer blogs, un 23% para bajar películas y un 19% para escribir en blogs.

La mayoría de los encuestados poseen teléfono móvil (el 73%), el 76% de las mujeres y los hombres el 70%. Entre los que tiene escolaridad superior el 94% lo tiene, mientras los que tienen una renta familiar mensual mayor que 10 S.M. el 90% tienen móvil. Entre los solteros, el 74% posee móvil mientras 68% de los casados lo posee.

El joven brasileño en su tiempo libre ve la TV (98%), asiste a shows y espectáculos (72%), frecuenta los centros comerciales (shopping centers) (63%), va a bares (59%), a bibliotecas (56%), al cine (53%), a discotecas (47%), a la librería (44%), al teatro (30%), y a museos (28%). Entre los que suelen ver televisión, el tiempo medio que lo hacen es de 3,4 horas, siendo que la mayoría suele ver programas de noticias (89%), películas (87%), novelas (72%), programas humorísticos (70%), dibujos animados (67%), musicales (63%), seriados (61%) y programas deportivos (60%), programas sobre celebridades (49%) y programas religiosos (38%).

Un poco más de la mitad (el 59%) declararon practicar algún tipo de actividad física, con diferencia entre chicos (75%) y chicas (43%). Las actividades preferidas son fútbol (26%), caminata (12%), practicar musculación (9%), ciclismo (8%), carrera (5%), danza y vóleybol (con 4% cada uno), artes marciales y natación (con 3% cada uno).

Con relación a su apariencia la mayoría está contenta con ella, el 58% de los jóvenes dicen estar satisfechos, un 38% está un poco y sólo un 4% dijo no estar nada satisfecho.

La moda parece no ser muy importante para los jóvenes brasileños de 16 a 25 años, sólo un 19% considera importante estar de moda, destacándose de estos los menos escolarizados, los de 16 a 17 años, los de las regiones Nordeste y Sur, los que viven en otras ciudades de la región metropolitana y los que son de la derecha. Ya el 51% del total de jóvenes consideran estar de moda poco importante.

Solamente un cuarto (26%) se considera muy consumista (en especial las chicas, los jóvenes con renta familiar mayor que 10 S.M. y los que viven en metrópolis). El 40% de los jóvenes tiene como sueño de consumo adquirir un vehículo propio, siendo que entre los chicos el porcentaje es de 48%, mayor que las chicas (32%). El 41% de las chicas sueñan con la casa propia, mientras que de los chicos solamente el 31%; este índice es mayor entre los casados o que ya viven en pareja (48%) y los que tienen hijos (45%).

Con relación a los vicios de los jóvenes brasileños, el cigarrillo no tiene muchos adeptos entre ellos. Solo un 19% de los jóvenes suelen fumar, siendo que entre estos se destacan los chicos (25%), los de 22 a 25 años (23%), los que viven solos (26%), los menos escolarizados (29%) y los que viven en el Sur del país (29%). Ellos declararon que empezaron a fumar en media a los 15 años, pero los de 16 a 17 años empezaron en media a los 13,7 años. Por otro lado, el alcohol es consumido por el 59% de ellos y los principales consumidores son los más escolarizados (66%), los de renta familiar mayor de 5 S.M. (64%), los católicos (60%), los que viven en las capitales (64%), y, nuevamente los chicos (un 65%), los solteros (60%) y los del Sur (68%). El consumo de bebidas alcohólicas se inicia un poco más tarde que el del fumar, en una media de los 20 años, no obstante, los del Sur y más escolarizados empiezan con mayor antelación, a los 18 y 17 años respectivamente. Un dato relevante, aunque no son la mayoría, es que el 20% de ellos admitieron haber conducido después de beber; y son los chicos, los mayores de 22 años, los de escolaridad superior, los de renta familiar mayor, los de las clases A y B y los de las regiones Sur, Norte/Centro-Oeste, son los que más lo hacen.

Tan sólo un 5% de los jóvenes participantes de este estudio declararon consumir drogas y 17% ya haber consumido. De entre estos la mayor proporción está entre los

chicos, un 7% consume y un 22% ya consumió. Entre los que ya experimentaron algún tipo de droga están los de curso superior (25%), los con renta familiar mayor (24%), los que no tiene religión (29%), los que viven en las capitales (20%) y los de las clases A y B (20%). Las drogas más consumidas están en primer lugar el Cannabis (77%), después viene la cocaína (31%), el “lanza-perfume” (28%), el ecstasy (11%), el LSD (10%), el crack (7%), y, las anfetaminas e infusión de setas alucinógenas (5%, cada).

Con relación al consumo de drogas, entre los consumidores de Cannabis los más comunes fueron los de escolaridad media (81%) o superior (78%), de renta familiar mayor que 5 S.M. (media 85%) y los de las clases A y B, D y E (84%). Es interesante observar que comprensiblemente este perfil (excluyendo los de clase D y E) están entre los que defienden la legalización de su consumo. La cocaína es consumida más entre los chicos (34%) que entre las chicas (24%), entre los de escolaridad hasta nivel medio (33%), los que tiene menor renta familiar (37%) y los que pertenecen a las clases A y B (34%). El ecstasy es más consumido por los más escolarizados y de las clases A y B (15% cada segmento), y con mayor renta familiar (29%). Un punto interesante es que el 43% de los encuestados dijeron que sus padres tienen conocimiento que ellos consumen o ya consumieron.

Otro tema polémico también abordado fue la tortura. La mayoría de los encuestados, un 61% piensa que los sospechosos nunca deben ser torturados para confesar sus supuestos crímenes. Mientras que un 27% es favorable según la situación, entre este grupo están los de 16 a 17 años, los de la derecha o centro (31% cada segmento) y los jóvenes evangélicos no pentecostales (32%).

El embarazo no planeado es temido por 73% de las brasileñas y por 71% de los chicos. Entre estos encuestados están: entre las chicas con menos estudios y de las clases D y E (77%), con más estudios y de las clases A y B (71%), solteras y que viven con los padres (80% en ambos los casos) y las que se declararon negras (84%); entre los chicos de 16 y 17 años (77%), con renta familiar mensual entre 2 a 10 S.M. (73%), que no trabajan actualmente (80%), que viven con los padres (74%), viven solos (64%) y viven en las regiones Norte/Centro-Oeste y en las capitales (77% cada segmento).

El 21% de los encuestados ya tiene hijos (media 1,4 hijos con edad media de 3 años), siendo padres principalmente los 22 años o más y de escolaridad fundamental (39%, cada uno), con renta familiar hasta 2 S.M. (30%), de las clases D y E (32%), los casados o que viven en pareja (media de 58%). El 57% se casó o vive en pareja con el padre/la madre de su hijo, el 21% se casó pero se separó. Entre los que están casados se destacan los de

escolaridad media (66%), con renta familiar hasta 2 S.M. (63%), no trabajan actualmente (71%), viven en la región Sudeste (62%) y los de la izquierda (60%). En 61% de los casos, los hijos viven con el encuestado y su pareja, mientras en 23%, estos viven solo con las madres encuestadas.

En relación a la sexualidad del joven, el 83%, la gran mayoría de los jóvenes, ya tuvieron relaciones sexuales, siendo que un 35% tuvo la primera entre los 13 y 15 años (la media es 15,5 años). Casi la mitad (el 48%) de los jóvenes afirman usar preservativo en todas las situaciones, el 30% los usa a veces y el 10% no suele usar. Entre los que más se protegen están los de 16 a 17 años, los que no trabajan actualmente (54%), los solteros (55%), los que viven con familiares (62%), los que se declararon negros y los de las regiones Norte/Centro-Oeste (53%), los chicos (51% frente las chicas, 44%). El 19% de ellos tuvieron una sola pareja hasta hoy (destacándose las chicas con 33%), el 10% tuvieron 2 parejas y otros 23% haber mantenido relaciones sexuales con 3 a 5 parejas. Siendo que hasta los 25 años la media es de 8,3 (12,7 para los chicos y 3,8 para las chicas). La mayoría (68%) declara nunca haber tenido relaciones con personas del mismo sexo, mientras 7% ya lo hizo.

No obstante, el 33% de los encuestados nunca tuvo relaciones sexuales afirmando pretender casarse virgen, estos son el 40% de las chicas, 36% de escolaridad media, el 41% de los que viven con otros familiares, una media de 50% de los evangélicos, el 40% los que viven en el Norte/Centro-Oeste y de los que se posicionan como centro, y, el 78% de los que viven solos. Además 66% de los jóvenes opinan que la masturbación es saludable y parte de la naturaleza humana mientras que 23% la considera inmoral y que debe ser evitada. No obstante, tan sólo un 35% admitió masturbarse, predominantemente por los chicos (el 55%, frente a un 15% de las chicas). El 87% de los encuestados tienen miedo al SIDA.

El 29% de los encuestados ya fueron asaltados alguna vez. La mayoría de los jóvenes brasileños tienen miedo de salir de casa debido a violencia, un 34% un poco miedo y un 26% tiene mucho miedo, siendo que en este último grupo se destacaran las chicas (un 33%), los de renta familiar hasta 2 S.M (un 31%), los de las clases D y E (un 33%), los que no trabajan actualmente (31%), los casados o que viven con sus parejas (media 34%), los que tiene hijos (33%), los del Nordeste (37%) y los de la derecha (30%).

Con relación a lo que más temen, el 23% de los encuestados indicó, espontáneamente, la muerte; el 17% teme la muerte de personas próximas (10% a lo de los padres), y la violencia fue citada por 13%. A continuación fue indicado por un 7%

temer el paro, 4% los problemas de salud y las enfermedades, 3% la soledad y 2% los aspectos profesionales y educacionales, la falta de dinero y alcanzar sus metas. Entre los chicos de 16 a 17 años el miedo a la muerte llega a 29%. Y en los que tiene un nivel superior de escolaridad 17% relataron temer la muerte, mientras 14% dijo temer el desempleo.

Los encuestados fueron indagados respecto a cuál personalidad nacional o internacional les gustaría ser. Un tercio de ellos (28%) respondieron no desear ser ninguna personalidad y el 3% no desean ser otro que no sea ellos mismos. El 2% del total de los encuestados desearía ser los jugadores de fútbol Ronaldo Gaucho (7%), Kaká (4%), y entre las chicas los resultados fueron Ivete Sangalo (7%), Angelina Jolie (6%), Juliana Paes (5%) y Gisele Bündchen (4%).

Según el sondeo de Data Folha los jóvenes brasileños de 16 a 25 años son un 50% chicos y un 50% chicas. El 20% de ellos tienen de 16 o 17 años, el 41% de 18 a 21 años y el 38% de 22 a 25 años.

Con relación a escolaridad el 63% posee escolaridad media, el 22% el primer grado y el 14% curso superior. Un tercio de los encuestados declaró una renta familiar mensual hasta 2 S.M., 24% de 2 a 3, 19% hasta 5 y el 23% más de 3. El 53% de total pertenece a clase C, el 27% a la B, 4% a la A, y, el 16% a la D y E.

Respecto a raza los jóvenes se declararon blancos (36%), “pardos” (39%), negros (14%), amarillos (4%) e indígenas (3%).

La mayoría de los jóvenes se definen católicos (59%), el 16% evangélicos pentecostales y el 8% evangélicos no pentecostales, mientras 10% dice no tener religión.

Referente al estado civil de ellos, el 74% es soltero, el 24% es casado y 1% ya se separó. De entre los casados se destacan los mayores de 22 años (39%) y principalmente los que ya tienen hijos (65%).

El 64% de los jóvenes vive con sus padres, el 22% con una pareja, el 12% con otros familiares, el 4% solo y otro 4% con amigos, hermanos o hijos.

Relacionado al trabajo, el 68% de los jóvenes trabajan, el 32% no trabaja actualmente y de entre estos últimos 23% son estudiantes. El sueldo de la mayoría que trabaja es de hasta 2 S.M. mientras que el 14% hasta 3 y solo un 7% atinge un sueldo mayor que 3 S.M. No obstante, entre las chicas la mayoría (83%) reciben hasta 2 S.M para un 72% de los chicos, los jóvenes con menor escolaridad también tienen un menor sueldo (87%) junto a los de clase D y E (93%), y los nordestinos (86%).

Solo un 16% recibe mesada. De estos se sobresalen los de clase A y B, y entre los de mayor renta familiar, además de los que no trabajan (34%). El género hace diferencia en el valor de la mesada, las chicas reciben menos que los chicos.

## **6. El perfil de los adolescentes cumpliendo medidas socio educativas**

Según el *Relatório Preliminar* de la *Comissão Especial Destinada a Acompanhar e Estudar Propostas de Políticas Públicas para a Juventude* de la Cámara de los Diputados de Brasil, de 2004, de los 21,2 millones de adolescentes entre 12 y 18 años alrededor de 30,7 mil cumplen medidas socioeducativas por haber cometido algún delito. Asimismo, al contrario de lo que mucha gente piensa, el porcentaje de los crímenes cometidos por los adolescentes no sobrepasa el 10% de todo lo practicado en el país. Además gran parte de los adolescentes sentenciados fueron responsabilizados por crímenes contra el patrimonio, lo que corresponde a 73% de las infracciones cometidas.

Además las informaciones del *Mapeamento nacional da situação do atendimento dos adolescentes em cumprimento de medidas*, realizado en 2002, muestran que hay en Brasil alrededor de 10 mil adolescentes privados de libertad en instituciones penales para menores de edad. Para Paiva (2002) es una cifra pequeña al ser comparada con el total de los adolescentes en edad de 12 a 21 años (cerca de 33 millones), lo que significa que existen menos de 3 adolescentes privados de libertad para cada 10 mil adolescentes brasileños.

El 90% de estos adolescentes eran del sexo masculino, el 76% tenían de 16 a 18 años, más del 60% eran de la raza negra, un 51% no frecuentaban la escuela, no trabajan actualmente (49%). Un 81% de ellos vivían con la familia cuando realizaron el delito. Casi la mitad de ellos no concluyeron la enseñanza fundamental. Un 85,6% eran usuarios de drogas y consumían fundamentalmente, cannabis (67,1%), cocaína/crack (31,3%) y alcohol (32,4%). Los principales delitos practicados por estos adolescentes fueron: robo (29,5%), homicidio (18,6%); hurto (14,8%) y tráfico de drogas (8,7%). (Paiva, 2002)

La situación de los adolescentes en conflicto con la ley aterroriza el país, más por sus efectos emocionales en la población que por el número que alcanza. Y aunque no sea una gran cifra, es significativa e importante pues una sociedad que ve a sus jóvenes implicados a tal punto con la violencia, se conmueva al darse cuenta de cómo eso afecta a esas semillas de la vida del mañana, obstaculizando el ideal del futuro.

Los órganos públicos responsables por este segmento, apuntan basados en los diversos estudios realizados, que la carencia de políticas públicas efectivas tiene incuestionable influencia en la delincuencia juvenil

## **7. El consumo nocivo del alcohol y de las drogas**

### **7.1. El consumo de drogas mundial**

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en su Informe Mundial sobre las Drogas 2009 al referirse sobre las tendencias mundiales del consumo de drogas, estimó que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas en todo el mundo consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. De entre estos se estimó que entre 18 y 38 millones son consumidores problemáticos de drogas, cuyas las edad oscilan de 15 a 64 años. A nivel mundial se estima que entre 15 millones y 21 millones de personas consumieron opiáceos por lo menos una vez en 2007, siendo que más de la mitad de ellas vive en Asia. Los mayores niveles de consumo (en lo que se refiere a la proporción de la población de 15 a 64 años) se encuentran en las principales rutas de tráfico de drogas próximas a Afganistán. En muchos países de Europa occidental el consumo parece ser estable, no obstante se han notificado aumentos en Europa oriental. (UNODC, 2009a)

De acuerdo con este informe se estima que entre 16 y 21 millones de personas a nivel mundial consumieron cocaína, por lo menos una vez en 2007; el mayor mercado sigue siendo América del Norte, seguido de Europa occidental y central, y América del Sur. Con relación al consumo de Cannabis (por lo menos una vez en 2007) el número varía entre 143 millones y 190 millones de personas, con niveles de consumo más altos en América del Norte y Europa occidental, aunque recientes estudios parecen indicar que ese está disminuyendo, especialmente entre los jóvenes. La UNODC estima que el número de personas que consumieron sustancias del grupo de las anfetaminas, por lo menos una vez en 2007, está entre 16 y 51 millones (15 a 64 años); el consumo de por lo menos una vez de las drogas del grupo del “éxtasis”, el número es de 12 millones y 24 millones a nivel mundial. (UNODC, 2009a)

### **7.2. El consumo de drogas entre los jóvenes en América del Sur**

Según el *Informe Mundial sobre Drogas – WDR 2009 (ONUDD, 2009)* en Sudamérica, los indicadores comparativos acerca de las tendencias del consumo de

Cannabis entre los jóvenes están disponibles en un número reducido de países. En los datos disponibles, se observa una tendencia de estabilización o de expansión. La tasa de prevalencia anual entre los estudiantes de nivel secundario en Argentina creció del 3% en 2001 para el 8,1% en 2007; en Chile, la tasa superó el 15% en 2001 y saltó del 13,4% en 2003 para el 15,7% en 2007, y en 2006 alzó los más altos niveles, el 12,7%, seguido por Uruguay (8,5%), Colombia (7,1%), Argentina (6,7) y Brasil (5,1). Los índices más bajos de la región son de Bolivia (2,3%) y de Perú (2,6%). El consumo de Cannabis entre los jóvenes en América del Sur sigue siendo muy bajo en relación con el de los EE.UU., donde el índice llega al 22,8% (2006), cifra dos o tres veces más alta que la de los estudiantes sudamericanos.

### **7.3. El consumo de drogas en Brasil**

El consumo de drogas ilícitas, como crack, las drogas sintéticas (en particular las anfetaminas), las tradicionales (marihuana, cocaína) y abuso de medicinas, es creciente en Brasil en los últimos años. Dicho consumo es inferior a la mitad de la prevalencia anual de los países de Europa y América del Norte. No obstante, la tendencia va en aumento, lo que es un motivo de preocupación. Tal suceso plantea una grave amenaza para la salud, la seguridad y el bienestar de la sociedad, especialmente de los jóvenes, el más valioso patrimonio de todos los países del mundo. Los primeros registros de crack en Brasil fueron hace veinte años, y en la actualidad se ha propagado por todo el país, en grandes y pequeñas ciudades. Su alto poder adictivo genera problemas de salud y violencia, que están directamente relacionados con el mandato de la UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*). (UNODC, 2009c)

Con relación a datos sobre el consumo en Brasil, según el *Relatório Mundial Sobre Drogas WDR 2009*, la mayor población de usuarios de opiáceos (opio, heroína, morfina, etc.) de América del Sur está en Brasil, con alrededor de 635.000 usuarios (0,5% de la población entre 12-65 años). No obstante, datos proporcionados por CEBRID (2005) relatan que sólo una pequeña parte (menos de 0,5%) consumen heroína, los demás consumen opiáceos sintéticos (analgésicos). (UNODC, 2009b)

Según un estudio realizado por UNODC y la *Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas* (CICAD) indicó que la más alta tasa de prevalencia de consumo de cocaína en América del Sur es de Argentina, que saltó de 1,9% en 1999 para 2,6% en 2006-2007 entre la población de 12-65 años. Brasil sigue a Argentina con 890.000 personas, un 0,7% de la población de 12 a 65 años, un incremento en relación a

0,4% en 2001). En 2005, este número era de 870 mil usuarios, 0,7% de la población. Con relación al consumo de Cannabis, Brasil tuvo su tasa anual de prevalencia más que duplicada, saltando de 1% en 2001 para 2,6% en 2005, y según las autoridades brasileñas, tal cifra puede ir a aumento en los años siguientes. (UNODC, 2009b)

En los últimos años Brasil ve intensificado sus esfuerzos para conocer el panorama del consumo de drogas en el país, para crear una política de tratamiento y prevención. En este sentido, en 2006, fue publicado el último estudio sobre el consumo de drogas en Brasil por la *Secretaría Nacional de Política sobre Drogas* (SENAD) a través del *Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas* (CEBRID), el *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País 2005* (Carlini, 2006). Se recopiló información en muestras de 108 (107 ciudades con más de 200.000 habitantes y la ciudad de Las Palmas, Tocantins), un total de 7.939 personas fueron entrevistadas (mujeres y hombres, entre los 12 y 65 años); esta muestra correspondió a un 39,36% de la población total de Brasil. Además se realizó un estudio comparativo entre las encuestas de 2001 y 2005. Según este estudio el número de los entrevistados que consumieron, al menos una vez en la vida, algún tipo de droga (excepto el tabaco y el alcohol) subió de un 19,4%, en 2001 para un 22,8% en 2005.

Los resultados de este sondeo demostraron que el consumo de bebidas alcohólicas fue de 74,6%, un porcentaje inferior a otros países (Chile con 85% y EE.UU. 82, 4%), siendo que la estimativa de dependientes fue de 12,3%, prevaleciendo en el sexo masculino. Además, los estudios indicaron que una de cada cuatro personas que lo consume se vuelve dependiente, no obstante esta cifra cambia para la población femenina que es de 10.1. Se estimó que en 2005 habría aproximadamente 6.268.000 personas dependientes de alcohol en las ciudades brasileñas investigadas. Un dato importante para nuestro estudio es que la franja etaria donde se presentan las mayores porcentajes de dependientes fue la de 18 a 24 años de edad (19,2%). Alrededor de un 15% a 25% de los entrevistados consideraran un riesgo grave beber uno o dos “drinks” por semana; y el 95% considera que beber todos los días es un riesgo grave para la salud. Con relación a la percepción del riesgo que conlleva la bebida, son las mujeres quienes tienen un concepto más acentuado de él. Este estudio indicó que los accidentes de tránsito bajo efecto del alcohol y otras drogas tiene mayores porcentajes entre el sexo masculino, independiente de la franja etaria, un 2% declaró haber tenido complicaciones. Además, 1,2% informó que estar bajo efecto del alcohol y otras drogas durante el trabajo trajo problemas, siendo

a mayoría del sexo masculino, entre los 25 a 34 años. Por lo demás, son relevantes las cifras relacionadas al consumo de alcohol y drogas con caídas, un 4,0% en total y mayor prevalencia entre los hombres (6,9%) que en las mujeres (2,0%). También el número de entrevistados que ya hirieron alguien bajo el efecto de alguna droga psicotrópica alcanzó el 0,7% del total, con mayores cifras masculinas a partir de los 18 años. Alrededor de 3,0% de los entrevistados ya se hirieron estando bajo el efecto de alguna droga psicotrópica, concentrándose en la franja etaria de 18 a 24 años. Los hombres practicaron cerca de cuatro veces más agresiones relacionadas al consumo de drogas que las mujeres. Los porcentajes de personas que afirmaron haber discutido bajo efecto de alguna sustancia psicotrópica llegó al 6,3% del total, predominando para el sexo masculino. Estos porcentajes sobrepasaron el 10% para los hombres entre los 18 a 24, 25 a 34 y mayores de 35 años. (Carlini, 2006)

Según este informe el Cannabis fue la droga más citada (8,8%), seguida por los Solventes (6,1%), Benzodiazepínicos (5,6%) y los Orexígenos (medicamentos para estimular el apetito). La interpretación de los datos referentes a la estimación de consumo en la vida de crack, merla, esteroides anabolizantes y heroína, se necesita extremo cuidado, pues presentó bajos índices de precisión. (Carlini, 2006)

Con relación al consumo de Cannabis también hubo un importante aumento, de 6,9% en 2001 a 8,8% en 2005. Tasas muy inferiores a EE.UU (40,2%), Reino Unido (30,8%), Francia (26,2%), Alemania (24,5%), Italia (22,4%), Chile (22,4%) y Suecia con 13,8%, pero superior a Bélgica (5,8%) y Colombia (5,4%). Los resultados de este sondeo demuestran que el consumo, en todas las franjas etarias, es mayor en el sexo masculino (14,3%) comparándolos al femenino (5,1%), coincidiendo con otros estudios realizados (UNDCP, 1997; Bauman & Phongsavan, 1999; Péres et al., 2002). El informe hace mención a un dato preocupante: el consumo ya ocurre en edades tempranas, de 12 a 17 años (4,1%), llegando al ápice para ambos sexos entre los 18 a 24 años (17,0%), luego se ve disminuido a partir de los 35 años (5,6%). En relación a prevalencia sobre la dependencia del Cannabis, se halló que un índice de 1,24% de los entrevistados, donde los hombres (2,41%) sobresalieron con casi el quintuplo de casos comparándolos al 0,54% de las mujeres; es importante resaltar que entre los jóvenes de 18 a 24 años, la prevalencia de dependientes alcanzó un 5,96%. Asimismo, el 48,1% de los entrevistados cree que es un riesgo grave que alguien haya consumido Cannabis una o dos veces en la vida, siendo que las mujeres tienen un concepto más acentuado a respecto; y un 90 a 95%

de cualquier franja etaria y sexo considera que es un riesgo grave el consumo diario de Cannabis. (Carlini, 2006)

El uso de solventes, con un índice de 6,1%, fue la segunda droga con mayor uso en la vida (excepto tabaco y alcohol), un porcentaje inferior al encontrado en EE.UU (9,5%) y superior a países como España (4,0%), Bélgica (3,0%) y Colombia (1,4%). Como el consumo de alcohol y el Cannabis hubo mayor incidencia en el sexo masculino (10,3%) que en el femenino, con 3,3%. La prevalencia masculina fue en todas las franjas etarias a excepción de los 12 a 17 años. El número de dependientes fue de 0,23% de los entrevistados, siendo un 0,27% hombres y un 0,20% mujeres. En la franja etaria de 12 a 17 años, el porcentaje fue de 0,81%. (Carlini, 2006)

Este estudio mostró que hubo un aumento en la prevalencia sobre el consumo en la vida de la cocaína, que en 2001 fue de 2,3% pasando para 2,9% (1.459.000 personas) en 2005. Aunque este porcentaje es muy inferior al de países como EE.UU (14,2%), Reino Unido (6,8%), Chile (5,3%) e Italia (4,6%), es relativamente próximo al de Alemania (3,2%) (CONACE, 2006; E.M.C.D.D.A., 2006; SAMHSA, 2006). Es importante observar que el consumo de la cocaína ya está presente en la franja etaria de 12 a 17 años (0,5% de los entrevistados) y llega a su culmen en la 25 a 34 años (5,2%), nuevamente con grande predominio en el sexo masculino. El consumo es considerado un riesgo grave para más de la mitad de los jóvenes (60% a 70%), subiendo para más de 80% por encima de los 35 años. (Carlini, 2006)

Los índices del consumo de crack entre los brasileños de las 108 ciudades investigadas fue de 1,5% para el sexo masculino (371.000 personas), datos de baja precisión cuando se da la expansión. Este porcentaje es muy inferior respecto al observado en EE.UU con 3,3% (SAMHSA, 2006). (Carlini, 2006)

El consumo de alucinógenos, particularmente, el *Chá de cogumelo* (Setas alucinógenas, infusión de cucumelo) y el LSD-25 fueron de 1,1%, dato de baja precisión cuando es extendido, correspondiendo a una población estimada de 552.000 personas. El consumo de merla (otra forma de cocaína) tubo una prevalencia de tan sólo 0,2%, mientras que el de heroína, fue de 0,09% (7 personas) del total entrevistado, todos con edad superior a 35 años. (Carlini, 2006)

Es importante resaltar que en la franja de los 12 a 17 años, hubo relatos de consumo de las drogas más variadas, además del fácil acceso a ellas y el convivir con su consumo próximo. Este dato enfatiza la necesidad de perfeccionamiento de programas de

prevención en esta franja etaria. Finalmente, 7,8% de las jóvenes informaron haber sido abordadas por personas que intentaban venderles droga. (Carlini, 2006)

Carlini (2006) con relación a población que ya recibió tratamiento para la dependencia de drogas, informaron que un tercio de la población masculina de los 12 a 17 años ya se sometió a tal tratamiento. La prevalencia sobre los entrevistados que han se sometido a tratamientos para el abuso de drogas fue de 2,9%, siendo 3 veces mayor entre los hombres.

Otro tema interesante relatado por Carlini (2006) es la percepción de los entrevistados del cuan fácil es conseguir la droga. Los resultados fueron los siguientes:

- Cannabis: Más de 50% dijo ser fácil conseguirla, un dato preocupante es que más de la mitad de ellos que afirmaron ser muy fácil están en la franja etaria de 12 a 17 años.
- Solventes: aproximadamente 70% de las personas afirmaron ser fácil conseguirlos. No obstante, esta sustancia hace parte del cotidiano de las personas (laca de uñas, acetona, removedores domésticos, gasolina, etc.)
- Cocaína: Hubo uniformidad en los índices del porcentaje de las personas (tanto sexo como edad) que afirmaron ser muy fácil conseguirla, siendo que a casi la mitad de los jóvenes de 12 a 17 años también les parece muy fácil obtenerla.
- Crack: los resultados fueron semejantes a los de la cocaína, aunque un poco más bajos.

Según el *Country Profile - Regional Office Brazil 2009* (UNODC, 2009c), basado en los datos de los informes, la mayoría de las personas empiezan a consumir drogas durante su juventud, su inicio en una edad temprana conlleva a importantes consecuencias posteriores, en el ámbito social y para la salud. Además los datos apuntan que el consumo de drogas y el delito están inextricablemente vinculados, y aunque la relación no es directa, las personas podrían cometer delitos bajos los efectos de las drogas, así como hacerlo para financiar su consumo. Tales delitos pueden ser tanto relacionados con el “consumo personal” como los más graves relacionados con el tráfico de drogas.

#### **7.4. El consumo de alcohol entre los jóvenes brasileños**

No obstante, el alcohol es otro punto muy importante en el panorama psicosocial y sanitario del país. Según Jorge Armando Felix (Ministro de Estado Jefe de Gabinete de Seguridad Institucional de la Presidencia de la República y Presidente del Consejo

Nacional Antidrogas), el consumo de manera indebida de bebidas alcohólicas según los datos de 2004 de la OMS causa un 3,2% de las muertes y un 4% de todos los años perdidos de vida útil, convirtiéndose en uno de los principales factores para a disminución de la salud mundial. Los informes revelaban que alrededor de 2 mil millones de personas consumen bebidas alcohólicas. En países en desarrollo, como Brasil, la bebida alcohólica es un importante generador de enfermedad y mortalidad, causando un impacto insalubre de 8% a 14,9% de los problemas de salud totales de esas naciones. (Felix, 2007)

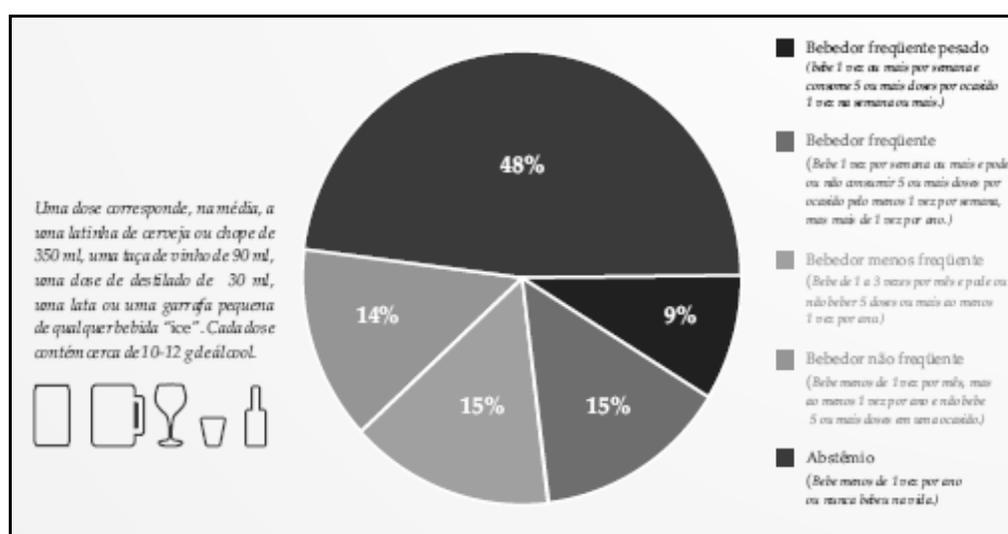
Asimismo el *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País 2005* (Carlini, 2006) indicando una tasa de 74,6% de consumo de bebidas alcohólicas resaltó la necesidad de un estudio más profundo en conocer el patrón de consumo de bebidas alcohólica en la población brasileña. Aparte, reveló que 12,3% de los entrevistados con edad de 12 a 65 años, cumplen los criterios para la dependencia del alcohol, denunciando que el consumo de alcohol acontece cada vez más edades más precoces.

Según Felix (2007) tales datos demostraron la necesidad de hacer una revisión a las medidas de control, prevención y tratamiento. Por otro lado, las muertes significativas y enfermedades asociadas al consumo indebido de bebidas alcohólicas vienen siendo denunciadas por los estudios nacionales e internacionales; además es indiscutible la presencia del alcohol en relatos de violencia doméstica, lesiones corporales, tentativas y homicidios consumados, conflictos interpersonales. En este contexto el gobierno brasileño dio inicio a un proceso de construcción de una política pública para el alcohol en el país. El *Conselho Nacional Antidrogas* (CONAD), órgano central del *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas* (SISNAD) y responsable por la *Política Nacional sobre Drogas* (PNAD), en 2007, presentó los resultados del *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira* (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007).

Este proyecto desarrollado desde el inicio de 2003, fue realizado por el CEBRID de la *Universidade Federal de São Paulo* (UNIFESP) y financiado por la *Secretaria Nacional Antidrogas* (SENAD), trazó el perfil de cómo bebe el pueblo brasileño, lo que piensa sobre las políticas de bebidas alcohólicas y cuáles son los problemas asociados a su consumo. Fueron realizadas 3.007 encuestas (2.346 mayores de 18 años y 661 adolescentes de 14 a 17 años), en 143 municipios del país. Los datos son representativos del 100% de la población brasileña, a excepción de los indígenas y los que viven en lugares de convivio colectivo (cuarteles, asilos, internados, entre otros). Los resultados

sobre la intensidad del beber entre los adultos (Figura 7) apuntaron que un 48% de la población se define abstemia, 29% son bebedores poco frecuentes, 15% beben frecuentemente (una o más veces por semana y 5 o menos dosis por ocasión) y 9% mucho (una o más veces por semana y 5 dosis por ocasión). Tal estudio reveló también que 12% de la población tiene algún problema con el consumo de alcohol. (Laranjeira et al., 2007)

Figura 7. Perfil del “patrón de beber” del brasileño.



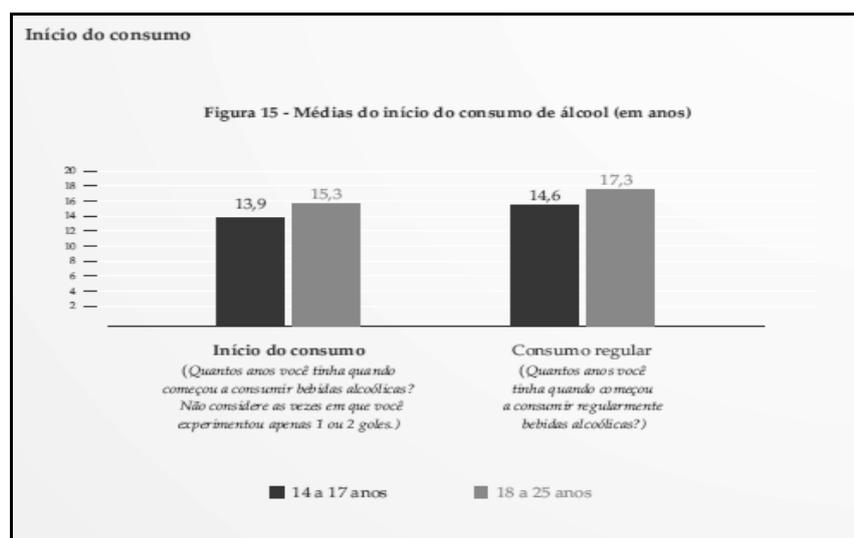
Fuente: Laranjeira et al. (2007) *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. p. 36

Además de estos patrones de beber citados arriba, existe otro que fue investigado también en el *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*, se trata del “beber drinking”, es decir ingerir una cantidad excesiva de alcohol en un corto espacio de tiempo; tal práctica es conocida en literatura internacional como “binge drinking”. Este término es utilizado mundialmente para definir el “consumo pesado episódico del alcohol”. Es la modalidad de beber más peligrosa y a menudo asociada a una serie de problemas, físicos, sociales y mentales (Naimi et al., 2003), debido a que durante tales episodios ocurren importantes modificaciones neurofisiológicas (desinhibición comportamental, comprometimiento cognitivo, reducción de la atención y coordinación motora, empeoramiento de la capacidad de juzgar, etc.), que pueden ser agravados dependiendo del peso y la edad de la persona, la velocidad en la cual se ingiere, estar alimentada o no, y el número de dosis consumidas. Igualmente otros factores sociales y psíquicos como el paro, la falta de perspectiva (en particular entre los más jóvenes), conflictos familiares y de relación pueden contribuir a su agravamiento. Se estableció en varios estudios que la cantidad que define el “beber drinking” es 5 dosis para los hombres y 4 para las mujeres, en una sola ocasión (Brewer et

al., 2005). Consumir estas cantidades o más puede conducir a intoxicaciones que frecuentemente están relacionadas a un gran número de problemas. Este fenómeno, estudiado en casi todos los países del mundo, el cual ocurre esporádicamente, genera más costes sociales y de salud que el consumo continuo y dependiente (Makela et al., 2001; Miller et al., 2005). Existen dos tipos de problemas que se destacan en relación al “drinking”, los accidentes (de coche, caídas, atropellamientos, ahogamientos) y la violencia (homicidios, robo, violencia domestica, agresiones físicas, violencia sexual, etc.) (Brewer et al., 2005).

Este sondeo reveló los patrones del consumo de alcohol del adolescente brasileño. Según los datos, los jóvenes de 14 a 17 años empiezan a beber en media, a los 13 años y 9 meses, pasando a ingerir regularmente bebidas alcohólicas, en media a los 14 años y 6 meses (Ver Figura 8).

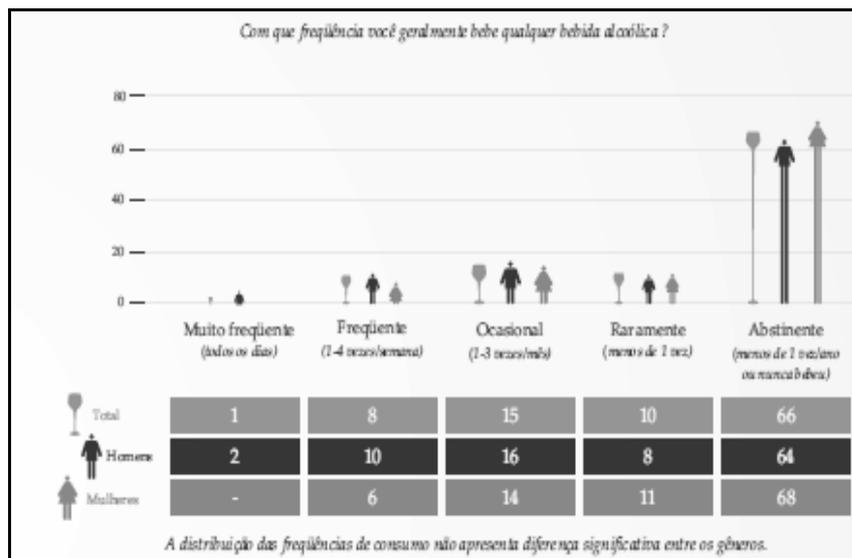
**Figura 8. Edad en que el joven brasileño empieza a consumir alcohol.**



Fuente: Laranjeira et al. (2007) *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. p. 42

Como se puede ver en la Figura 9, la frecuencia del consumo de las bebidas alcohólicas entre los jóvenes es semejante entre chicos y chicas. Resaltamos que en Brasil este consumo está prohibido legalmente para menores de 18 años, quizá por eso dos tercios de los adolescentes son abstemios. Asimismo, en un universo de adolescentes representativo de las diversas regiones de Brasil y de las áreas urbanas y rurales, casi el 35% de los menores de edad ingiere bebidas alcohólicas al menos 1 vez al año y un 24% beben al menos 1 vez al mes.

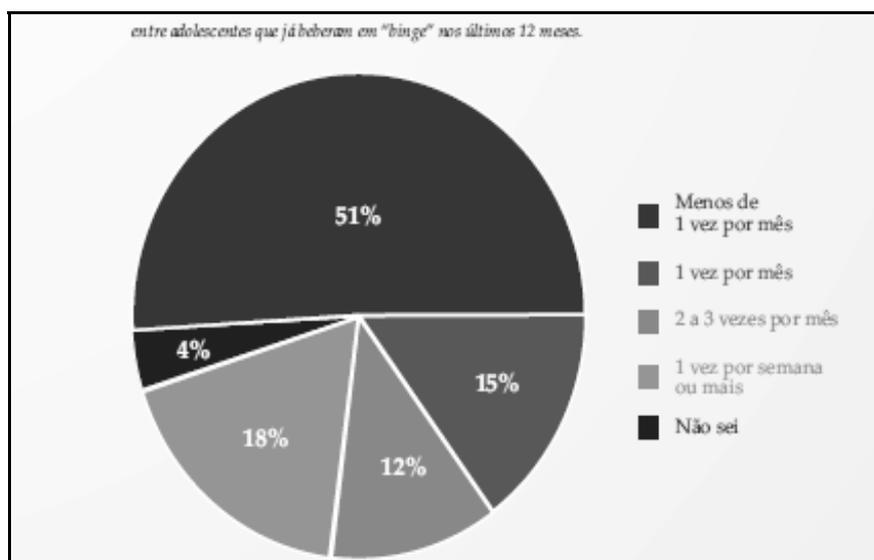
**Figura 9. Consumo de alcohol entre los adolescentes según el género.**



Fuente: Laranjeira et al. (2007) *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. p. 43

No obstante, el “beber drinking”, es la práctica que más expone al adolescente a una serie de problemas de salud y sociales, los cuales van desde accidentes de tránsito (el más común y que acarrea consecuencias más graves) hasta peleas, vandalismo y la práctica de sexo sin preservativo. Los datos del *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira* demuestran que el 66% de los adolescentes ya bebieron en *brinking* en una única ocasión en los últimos meses o lo hicieron menos de una vez al mes, 30% de ellos lo hicieron 2 veces o más al mes (Ver Figura 10). O sea, una parte significativa de los adolescentes bebe en *brinking* con regularidad.

**Figura 10. Frecuencia del "Brinking" del joven brasileño.**



Fuente: Laranjeira et al. (2007) *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. p. 45

Finalmente el sondeo revela que un 13% de los adolescentes presentan un patrón intenso de consumir bebidas alcohólicas, y otros 10% lo hacen al menos 1 vez al mes y en cantidades arriesgadas.

Con respecto al patrón de beber entre los adolescentes relacionado al género, los datos del *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira* indican que casi la mitad de los chicos que consumieron bebidas alcohólicas en el último año bebió 3 o más dosis por situación habitual. Con relación a la cantidad ingerida habitualmente, un tercio de los chicos que consumen 5 dosis o más en el último año, contrasta con el 11% de las chicas.

Una información importante y preocupante que aporta este sondeo, apunta a que un 23% de la población más joven (18 a 24 años) relataron problemas con violencia relacionados con la bebida alcohólica.

## 8. La ciudad de São João del-Rei

Figura 11. Mapa de São João del-Rei - MG - Brasil.

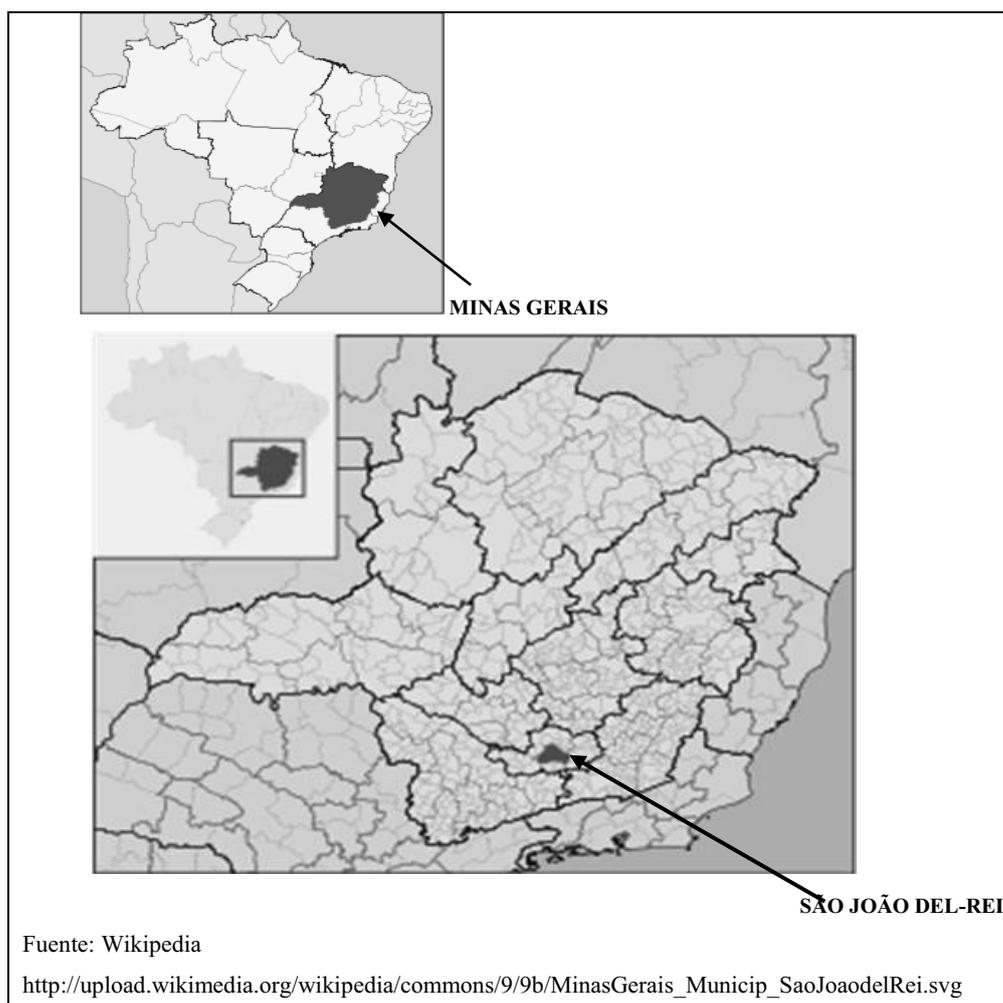


Figura 12. São João del-Rei - Minas Gerais.



Iglesia Nossa Senhora do Rosário  
Largo do Rosário – Praça Embaixador Gastão da Cunha  
São João del-Rei- MG - Brasil



Ponte da Cadeia – Ayuntamiento  
São João del-Rei- MG - Brasil



Largo São Francisco – Iglesia São Francisco de Assis  
São João del-Rei- MG - Brasil



Solar da Baronesa de Itaveraba  
São João del-Rei- MG - Brasil



São João del-Rei- MG - Brasil



São João del-Rei- MG - Brasil

Fuente:

[http://www.google.es/search?q=sao+joao+del+rei+fotos&hl=es&safe=off&prmd=imvnsfd&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=JF6MUPHSD5S2hAeS44CoCQ&ved=0CAoQ\\_AUoAQ&biw=991&bih=550](http://www.google.es/search?q=sao+joao+del+rei+fotos&hl=es&safe=off&prmd=imvnsfd&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=JF6MUPHSD5S2hAeS44CoCQ&ved=0CAoQ_AUoAQ&biw=991&bih=550)

La ciudad de São João del-Rei, fundada en fines del siglo XVII, por Tomé Portes del-Rei (Portal Oficial do Governo Municipal de São João del-Rei – Minas Gerais) posee 1.464 Km<sup>2</sup>. Está localizada en la región Campos das Vertentes, en el interior (sudoeste) del Estado de Minas Gerais (MG) – Brasil (Figura 11), a una distancia de 181 Km de su capital Belo Horizonte, 428 Km de São Paulo y 347 Km de Rio de Janeiro (Portal Oficial do Governo Municipal de São João del-Rei – M.G., 2005). Es una ciudad histórica, famosa por su historia, sus casales de los siglos XVII y XVIII (Figura 12), sus fiestas religiosas, su tradición cultural y política. Tiene como actividades principales el turismo, la minería, la metalurgia, la industria textil y de la madera, y la educación.

Según los indicadores demográficos del CIC, la población residente de la ciudad en 2009, estimada por el IBGE, es de 85.500 habitantes, siendo que 6.621, un 7,7% de la población total, están en la franja etaria de 15 a 19 años, son 3.359 masculinos y 3262 femeninos (Figura 13).

Figura 13. Población estimada de São João del-Rei de 15 a 19 años, en 2009.

População residente por faixa etária e sexo			
Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	520	498	1.018
1 a 4	2.191	2.111	4.302
5 a 9	2.970	2.888	5.858
10 a 14	3.134	3.034	6.168
15 a 19	3.359	3.262	6.621
20 a 29	7.057	6.996	14.053
30 a 39	6.503	6.702	13.205
40 a 49	6.136	6.857	12.993
50 a 59	4.760	5.272	10.032
60 a 69	2.524	3.311	5.835
70 a 79	1.441	2.203	3.644
80 e +	586	1.182	1.771
<b>Total</b>	<b>41.184</b>	<b>44.316</b>	<b>85.500</b>

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas 2009

Fuente: Centro de Informações sobre a cidade São João del-Rei (CIC)

### 8.1. La violencia, las drogas y los jóvenes en São João del-Rei

En los últimos años, la ciudad antes tranquila y apacible, pasa por serios problemas con relación a la seguridad pública por los altos índices de violencia y criminalidad que asola el municipio con el agravante y preocupante consumo de drogas entre los adolescentes y jóvenes, así como el alto índice de criminalidad y mortalidad entre ellos. Lo más alarmante es que la mayoría de estos jóvenes tiene entre 16 a 25 años, cuyas principales causas son peleas entre pandillas y el tráfico de drogas. A eso hay que añadir los atracos a mano armada, la formación de pandillas, depredación del patrimonio público, etc. Otro ítem agravante y preocupante es que las escuelas de SJDR también

fueron afectadas por esa oleada de violencia. Además, como podemos ver en la Tabla 4, elaborada a partir de los datos investigados, el número de adolescentes aprehendidos por la Policía Militar casi triplicó en tan sólo 7 años, del año de 1999 a 2006, de 138 para 314 jóvenes (CIC). Finalmente hay que resaltar que el alto índice de mortalidad y morbilidad, en 2006, por causas externas en la franja etaria de 15 a 19 años fue de un 85,7%, de acuerdo con el CIC.

**Tabla 4. Adolescentes aprehendidos de 1999 a 2008 por el Batallón de la Policía Militar en São João del-Rei.**

AÑO	HOMICIDIOS (intentos)	HOMICIDIOS (consumados)	CRIMES	CRIMES VIOLENTOS	PRISIONES REALIZADAS	ADOLESCENTES APREHENDIDOS
1999	S/I	S/I	S/I	S/I	761	138
2000	S/I	S/I	S/I	S/I	626	78
2001	S/I	S/I	S/I	S/I	607	178
2002	S/I	S/I	S/I	S/I	656	141
2003	S/I	S/I	S/I	S/I	915	189
2004	S/I	S/I	S/I	S/I	839	146
2005	48	28	S/I	S/I	1.176	268
2006	55	22	4.932	246	1.796	314
2007	29	17	5.169	231	S/I	S/I
2008	18	6	4.961	120	S/I	S/I

S/I: Sin Información

Fuente: Elaboración propia a partir de las informaciones del *Centro de Informação sobre a cidade de São João del-Rei* (CIC) – Indicadores de Segurança (Martins D’Angelo, 2011)

En inicios de 2004, en el periódico online de SJDR, Del Rei Noticias, Nogueira llamaba la atención a un fenómeno de criminalidad entre los jóvenes que crecía de manera evidente en la ciudad. Tal violencia alcanzaba a todas las familias san-juanenses y a la sociedad sin discriminación, y sus consecuencias se sentían en todas las clases y no solo en las menos favorecidas. Según Nogueira (2004), los motivos de los asesinatos eran desde los más superficiales, peleas entre pandillas hasta asaltos. (Del Rei Noticias, 08/02/2004)

Pasado casi un año, en la segunda quincena de mayo de 2005, el editorial del periódico Folhas das Vertentes, seguía resaltando el alarmante aumento de asesinatos e intentos de homicidio entre los adolescentes, y observaba que la violencia era el resultado de una suma de factores (carencia de políticas públicas de inclusión social, inversión en la seguridad pública y también por la omisión de la sociedad en sí). La población indignada y en duelo por la pérdida de sus adolescentes reaccionaba y salía a protestar a las calles demostrando su indignación, disconformidad y a demandar de las autoridades competentes que tomaran medidas más severas frente a la situación (Figura 14)

Según nuestra revisión de las noticias de los periódicos online de SJDR, la policía apunta el consumo y el tráfico de drogas, en especial el crack, como los principales

factores causantes de la criminalidad entre los menores (Folha das Vertentes, 1<sup>a</sup> quincena de septiembre de 2005). Además, una triste realidad es constatar que la gran mayoría de los encarcelados de la ciudad, hasta febrero de 2006, tienen entre 16 y 25 años (Folha das Vertentes, 2<sup>a</sup> quincena de febrero de 2006). La realidad san-juanense era alarmante, una vez que año tras año la criminalidad entre los jóvenes iba en aumento. De acuerdo con los datos proporcionados por la Policía Civil, en SJDR y Santa Cruz de Minas, fueron registrados en 2004, 28 homicidios y 65 intentos y, en 2005, 43 homicidios y 77 intentos (Folha das Vertentes, 2<sup>a</sup> quincena de marzo de 2006). Los responsables por la Seguridad pública, el Delegado Alexandre Federico (Folha das Vertentes, 1<sup>a</sup> quincena de marzo de 2005), el Teniente Coronel Milton Costa, comandante del 38<sup>o</sup> *Batalhão de Polícia Militar* (BPM) de SJDR (Folha da Vertentes, 2<sup>a</sup> quincena de enero de 2006) y la Delegada de la Comarca, Marilda S. Vieira de Lima (Folha das Vertentes, 2<sup>a</sup> quincena de marzo de 2006) analizaron con preocupación este fenómeno y concluyeron que tales crímenes, que involucran a tantos jóvenes, son derivados de la disputa entre las pandillas relacionadas con el tráfico de drogas, aparte de las propias disputas internas por el poder y los cobros de deudas. Para el Delegado Alexandre (Folha das Vertentes, 1<sup>a</sup> quincena de junio de 2005), el aumento del tráfico de drogas en la ciudad es una cuestión social, debiendo haber una mayor movilidad de la sociedad para lograr una mejor comprensión de lo que está llevando a los jóvenes a que se involucren en tales delitos. Según él, las causas son la desestructuración familiar, la falta de trabajo y de ocio, y el alto consumo de drogas; la mayoría de los menores involucrados, de clase baja, trafican para mantener a la familia. El Delegado Alexandre opina que una de las soluciones es combatir desde la familia propia. Al mismo tiempo, el Teniente Coronel Milton Costa cree que todos los órganos del sistema de seguridad pública deben trabajar unidos, a las prisiones deben venir junto a procesos judiciales firmes, además de ser necesario trabajar en el sentido de reincorporar al infractor en la sociedad (Folha da Vertentes, 2<sup>a</sup> quincena de enero de 2006).

Figura 14. Noticia: “La población san-juanense se manifiesta contra la violencia.”



Fuente: Capa- Folha da Vertentes - 2ª quincena de mayo de 2005

Estos sucesos hacen parte de la rutina de los periódicos locales y motivaron la movilización de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y la comunidad (e.g.: *Associação dos Corredores de Rua de São João del-Rei*, *Projeto “Jovens na Ativa”*) a crear proyectos y trabajar conjuntamente, realizando actividades direccionadas a la inserción social de los niños y jóvenes en “situación de riesgo” en el municipio. El objetivo era rescatar a la ciudadanía de los alumnos a través del compromiso escolar y social. En vista de esto fueron desarrollados programas educativos, culturales, deportivos, cívicos y cursos de formación profesional, además de charlas informativa a los padres y profesionales que trabajan con ellos. El Gobierno Federal desarrolló acciones sociales a través del *Consórcio Social da Juventude – Caminhos da Estrada Real (CSJ-CER)*. Estos programas fueron conyugados a una mejor estructuración de las Policías Militar y Civil, por el Gobierno de Minas Gerais, y también a una actuación más firme y eficiente del Poder Judicial. (Folha das Vertentes, 2º quincena de septiembre de 2006; 1º quincena de

abril de 2007; 1º quincena de julio de 2007; 1º quincena de enero de 2008; 2º quincena de julio de 2009).

Las medidas tomadas en conjunto por la sociedad, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en especial por dos grandes proyectos sociales para los jóvenes, el CSJ-CER y una edición más del *Programa Educacional de Resistência às Drogas* (Proerd), según afirmó el Teniente Coronel Milton Costa (Folha das Vertentes, 1ª quincena de enero de 2008), lograron una reducción significativa de tan altos índices. Igualmente, el Diputado Federal, Reginaldo Lopes, responsable por la implantación del programa CSJ-CER en la región opina que: “la inversión en el joven debe ser hecha a través de acciones sociales culturales y educativas. Este conjunto de factores, aliado a una mejor capacitación de la Policía, está mostrando que estamos en el camino cierto” (Folha das Vertentes, 1ª quincena de septiembre de 2007, parr. 3). También la coordinadora general del CSJ, Josefina Mário, cree que el Consorcio pueda haber hecho la diferencia en ese contexto:

*En casi cinco meses trabajando con los jóvenes, ya podemos notar que ellos tuvieron un sorprendente cambio de comportamiento y hasta de conceptos. Frente a eso, consideramos que el trabajo que viene siendo desarrollado puede haber contribuido de alguna manera para disminuir la criminalidad, ya que ocupamos el tiempo de 648 jóvenes en los dos municipios. (Folha das Vertentes, 1ª quincena de septiembre de 2007, parr. 4)*

En vista a todo lo expuesto, vemos que los varios estudios y hechos aquí relacionados apuntan a que los factores psicosociales (familia desestructurada, el paro, falta de oferta de actividades de recreación) son factores que predisponen a la violencia de los jóvenes, una vez que la criminalidad está motivada por las drogas, ya sea por su consumo o por su tráfico. Asimismo, el psicólogo de la *Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos* (APADEQ), de SJDR, Jaílton Zacarias Silva (Folha das Vertentes, 1ª quincena de junio de 2009), amplía nuestra comprensión al alertarnos que, aunque se suele considerar como drogas sólo las sustancias ilegales, entre ellas el Cannabis como predecesora a drogas más fuertes, en su experiencia clínica ha podido observar que gran parte de los drogodependientes en tratamiento en la APADEQ, empezaron su adicción por el alcohol. Aparte, recuerda que el alcohol compromete la salud física, psíquica y emocional, las relaciones familiares, las habilidades sociales además de la vida profesional del alcohólico. Por otro lado, el Cannabis causa el “síndrome amotivacional” (el drogodependiente pierde poco a poco el interés por la vida). El adolescente que ha empezado muy temprano a consumirla va dejando sus proyectos de vida y su rendimiento

escolar declina. La salud del drogodependiente también se ve comprometida, pues el consumo del Cannabis y otras drogas provoca delirios, alucinaciones, dependencia, lesión cerebral, pancreatitis crónica, cáncer de pulmón y además de otras enfermedades que en general sólo son asociadas al tabaco como: bronquitis, asma, enfisema y faringitis. Otro punto importante resaltado por el profesional es la enfermedad familiar, o sea, la drogodependencia compromete también la salud familiar. La opinión de Jaílton respecto a que el problema de la drogodependencia es una cuestión de políticas de salud pública, coincide con la opinión de otros profesionales que trabajan con adolescentes, drogas y sus consecuencias (los actos infractores).

Considerando los hechos mencionados en este apartado podemos observar que las medidas tomadas para hacer frente a la violencia entre los adolescentes surtirán efecto para disminuirla, no obstante, los datos estadísticos (Tabla 4) muestran que todavía está presente, asombrando la sociedad san-juanense. Por eso, podríamos suponer que, a pesar de los esfuerzos de las instituciones responsables (gobierno, policía, jueces, proyectos sociales) les falta el estudio psicosocial de qué es lo que hace a estos jóvenes tan vulnerables a las drogas y a los “elicitadores” de nuevos drogodependientes, camellos y traficantes. Muchos jóvenes en las mismas situaciones sociales adversas no optan por la criminalidad y las drogas. Estas últimas, de cierto modo, proporcionan al individuo algo de popularidad y poder negativos. Estos jóvenes infractores son “temidos” y/o “respetados” por sus pares no infractores. No toca aquí desarrollar sobre el porqué de esto, pero sí del efecto que tal hecho provoca en la fábula personal y la audiencia imaginaria de los infractores. Por tanto, lo que lleva a un adolescente a concretizar su deseo de diferenciarse de los demás, de sobresalir del montón, de lograr el éxito entre sus pares y cómo hacerlo es su equipaje emocional. Si dentro de una misma familia con dificultades financieras y sociales, no todos o sólo uno lo infringe, no se puede decir que todo es culpa sólo de la pobreza o exclusión social. Porque de este modo, los individuos de buenas familias, con recursos, con buena educación y oportunidades no delinquirían, y todos sabemos que eso no es verdad. En las noticias vemos muchísimas veces, inclusive proveniente de países desarrollados sin problemas financieros, adolescentes autores de crímenes bárbaros.

Pensamos que sí los factores psicosociales (dificultades financieras, ausencia de asistencia gubernamental, exclusión social, falta de políticas de seguridad pública, etc.) tienen un fuerte papel al contribuir en el problema, no obstante, no se puede olvidar el ámbito psicológico y emocional del individuo. Lo que le fortalece frente a las

adversidades es su historia familiar, aquello que le proporciona autoestima, un autoconcepto fuerte y estrategias de afrontamiento saludables y eficaces. En cambio, por otro lado, cuando la familia no logra cumplir con sus roles por alguna disfunción, se da el caso de adolescentes inseguros con baja autoestima, pobre concepto de sí mismo, estrategias de afrontamiento pobres e inadecuadas, síntomas de CD. Estos adolescentes codependientes están vulnerables a dependencia química y a las CRPS.

En este escenario, los profesionales del área buscan arrojar luz a tal problemática psicosocial. Recientemente, investigadores de la Universidad de Barcelona y Universidad del País Vasco argumentaron que el estado de bienestar y felicidad entre la población joven está relacionada con la prevención de las CRPS de este colectivo:

*La investigación empírica, en general, y los resultados de nuestra encuesta, en particular, contradicen la teoría de los efectos adormecedores de la felicidad, dado que en las personas felices crece la motivación por valores, la creatividad, el dinamismo y el compromiso social. Por otra parte, una variedad de estudios, entre ellos el citado de Elzo (2006), ha constatado que los jóvenes que no son felices están en situación de riesgo en relación con conductas de inadaptación que pueden resultar perjudicial para el propio joven (como el caso de la droga) o para otras personas (conductas violentas). Una explicación es que el joven infeliz al no encontrar placer en actividades socialmente adaptadas, busca el placer en actividades manifiestamente inadaptadas. Por tanto, incrementar la felicidad de los jóvenes implica, en cierto modo, realizar una tarea de prevención, alejando a los jóvenes de la droga, la violencia y otras conductas inadaptadas. (Javaloy et al., 2007, p. 6)*

Asimismo, Javaloy et al. (2007) proponen un modelo de felicidad que gira sobre cinco claves: a) una personalidad sana y positiva, b) las relaciones interpersonales, c) implicación en actividades de ocio, d) satisfacción económica y laboral, y e) motivación hacia unos valores.

Considerando todo lo expuesto, y a partir de las definiciones de CD, cabe comentar que parece ser que un adolescente con patrones de comportamiento codependientes, de no ser tratado, no logrará tal nivel de bienestar y felicidad, pues la CD impedirá alcanzar éxito en las cinco claves fundamentales.

## PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO



## Capítulo III

### ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO SOBRE LA CODEPENDENCIA

#### 1. Introducción

En cualquiera investigación es fundamental desde el punto de vista de muchos autores conocer el pasado, para construir el presente y mirar en dirección al futuro (Hérmendez-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2002). Sabemos que un elemento clave para toda investigación es la información y el objetivo de investigar, entre otras cosas, es obtener datos y tratarlos para lograr y aportar informaciones distintas. La línea de investigación emprendida por la Cienciometría desarrolló nuevos métodos y técnicas de investigación que posibilitan el análisis sistemático y objetivo de muchos aspectos del pasado y del presente de la ciencia. Una de las técnicas de la investigación bibliográfica que más difusión ha tenido y que ha producido gran diversidad de estudios sobre diferentes disciplinas es la Bibliometría. El término Bibliométrica tiene aceptación general desde 1970 hasta la actualidad, aun que los términos Informetría y Cienciometría aparecen como sinónimos en numerosos trabajos en los últimos años. Según Guilera, Gómez e Hidalgo (2006) los primeros trabajos bibliométricos aparecieron en España en los años setenta y en las dos últimas décadas se están desarrollando, tanto en este país como en muchos otros. A continuación se hará un breve comentario de sus orígenes.

Según Spinak (1996) la Bibliometría analiza la organización de los sectores científicos y tecnológicos a partir de fuentes bibliográficas para identificar a los actores, sus relaciones y tendencias. La Bibliometría proviene fundamentalmente de dos grandes campos de desarrollo y aplicación (por un lado, el estudio de la ciencia y la evaluación de la producción científica, y por otro, la gestión bibliotecaria y editorial). El primer ámbito la Bibliometría, es vista por numerosos autores una rama fundamental de una disciplina más amplia. El segundo, casi únicamente técnico o aplicado, está relacionado con el

importante desarrollo de la documentación científica, que como opina López Yepes (1995), su objetivo es el estudio del proceso de adecuación y transmisión de las fuentes para lograr un nuevo conocimiento.

La Bibliometría estudia la naturaleza y el curso de una disciplina (cuando ésta da lugar a publicaciones) a través del cómputo y análisis de las muchas caras de la comunicación escrita. Sus objetivos principales son, por un lado, el análisis del tamaño, crecimiento y distribución de los documentos científicos y, por otro, la investigación de la estructura y dinámica de los grupos que producen y utilizan dichos documentos y la información contenida en ellos (Carpintero, 1981). Adicionalmente, al analizar las numerosas variables observables en un texto científico publicado, procura lograr un perfil orientativo de la realidad de un campo científico en un tiempo determinado, de los problemas que en él dominan, de los autores más relevantes, de la estructura social e intelectual a veces oculta a la investigación en tal campo (Carpintero & Peiró, 1981).

Jiménez (2004) argumenta que los estudios bibliométricos no son inéditos y abarcan variadas áreas o enfoques de investigación. Estos estudios muestran nuevos enfoques para el estudio científico de los flujos de información, al valorar las investigaciones en ciencia y tecnología y sus relaciones socioeconómicas. Igualmente, no se piensa en las políticas científicas y tecnológicas sin el uso de indicadores de producción y productividad mediante los cuales se observa el producto global de la literatura científica en un nivel determinado de especialización. Estos indicadores posibilitan: comparar estas tendencias con las necesidades de un país y una región; valorar la visibilidad de la ciencia nacional al interno del país, en la región y en el mundo; y conocer hacia donde los esfuerzos y recursos de las universidades son dirigidos. (Jiménez, 2004)

Como bien destaca Jiménez (2004) la Bibliometría también está presente en otras áreas muy específicas: el aspecto estadístico del lenguaje, al medir la frecuencia de uso de palabras y frases en materiales impresos o electrónicos; los vínculos resultantes de las relaciones: autor-productividad, autores citados, autocitas, co-citaciones, institución-país-producción, características de las fuentes de publicación, citas de las publicaciones, países e instituciones que producen documentos, etc. A través de sus resultados podemos analizar los temas de interés de los científicos y conocer la posición que ocupan los científicos de un determinado país en el medio científico; conocer la actividad de los investigadores en forma individual o de los centros de investigación y las tendencias o innovaciones de los estudios realizados en una determinada disciplina.

Según Guilera et al. (2006), pese a los fallos o errores cometidos en general por los científicos en la realización de los estudios bibliométricos, actualmente la Bibliometría está presente en un gran número de disciplinas científicas de las más diversas temáticas, siendo considerada de gran utilidad en el mundo de la investigación y la ciencia en general, al tratarse de un eficaz instrumento para una correcta distribución de recursos económicos para la investigación.

Dada nuestra necesidad de conocer y evaluar la producción científica en los distintos ámbitos de la investigación sobre CD, decidimos realizar un estudio bibliométrico con el objetivo de acercarse a su panorama actual y revisar la producción literaria sobre el tema

## **2. Metodología**

Pretendemos investigar mediante un estudio bibliométrico el desarrollo y la evolución de la literatura sobre CD a través de la producción científica publicada en la Base de datos PsycINFO desde el primer documento incluido hasta 2008. Realizamos una investigación *descriptiva* con metodologías cualitativa y cuantitativa para la organización de material documental. Nos interesa la recogida, tabulación e interpretación de los datos obtenidos sobre la documentación seleccionada a través de dicha Base de datos, definiendo las principales variables sobre CD presentes en los textos publicados. Ello implica medida, clasificación, análisis e interpretación de los parámetros seleccionados para evaluar las características de la literatura recopilada, lo cual nos permite aproximarnos al estado actual del tema de estudio seleccionado en el contexto específico abarcado, así como las posibles tendencias que siguen los cambios que se han producido durante el período estudiado. El análisis de las características y evolución de la literatura contenida en PsycINFO nos permitió una aproximación a la CD desde una perspectiva que nos permitió delimitar: el ámbito de estudio, la identificación de los núcleos temáticos, los autores más relevantes, la estructura social e intelectual subyacente en dicho campo, los centros o instituciones que intervinieron en la producción científica, la procedencia geográfica, los principales idiomas en que han sido publicados, los tipos de documentos, etc.

Entre los tipos de estudios descriptivos presentados por Best (1970), nuestro estudio se situaría en la categoría que se refiere al *análisis de actividades*, ya que pretendemos examinar sistemáticamente los documentos como fuente de datos. Interesa el análisis de los 433 documentos en su conjunto para conocer las características del tema de estudio.

Para hacer posible la interpretación de los datos se emplean diferentes tipos de escalas de medición; fundamentalmente escalas nominales – que permitirán asignar observaciones y descripciones a clases o categorías – y escalas ordinales – cuando los elementos difieren en cierto grado permiten la ordenación de acuerdo con el rango – que faciliten las comparaciones de los diferentes parámetros.

Para unificar la unidad de comparación de los datos utilizamos los porcentajes pese a dar una impresión de los hechos distorsionante cuando los grupos que comparamos son de diferente tamaño, lo cual habrá que tener en cuenta para no generalizar incorrectamente a partir de los resultados.

En los estudios bibliométricos es muy importante el procedimiento de la selección de la información, ya que condiciona los documentos obtenidos. Por todo ello hay que reflexionar sobre qué tipo de descriptores van a ser utilizados. Así mismo, es importante conocer la metodología bibliométrica para realizar un análisis riguroso que permita la aproximación fiable al tema estudiado.

### **2.1. Procedimiento de selección de información sobre el tema de estudio**

Para la recopilación de documentos para el análisis bibliométrico de CD elegimos PsycINFO, por considerarla la más completa, de entre las siguientes Bases de Datos disponibles en la Biblioteca Digital de la Universitat de Barcelona en el momento de la recopilación: Ageline, Educ@ment (Educació i Psicologia), Educament, Excerpta Medica CD-Psychiatry (EMBASE), ISI Proceedings (SM) [ISI Web of Knowledge] [WOK], Psicodoc, PsycINFO y Sport Discuss.

PsycINFO es producida por la *American Psychological Association* (APA) y es la Bases de Datos (BD) más importante en Psicología. Recoge más de 2.600.000 citas, resúmenes e información descriptiva de una amplia variedad de publicaciones académicas en el comportamiento y las ciencias sociales, capítulos de libros, monografías y disertaciones sobre Psicología y ciencias afines. Proporciona la referencia bibliográfica y una serie de elementos de información que completan ésta entre los cuales está el resumen, la afiliación institucional del autor, el año, la fuente, etc. Contiene registros de más de 2.000 revistas de más de 49 países, editados en inglés. Tiene una cobertura temporal desde 1800, con actualizaciones semanales y su acervo cuenta con más de 2,6 millones de registros hasta hoy. (APA, 2008)

Por todo ello, esta Base permite realizar un amplio rastreo de la producción científica sobre CD para conocer la evolución de la literatura publicada sobre el tema desde su comienzo.

## **2.2. Localización y selección de fuentes en PsycINFO**

Para el análisis bibliométrico de CD seguimos el siguiente procedimiento para la búsqueda, el tratamiento y el análisis de los documentos:

- Extrajimos la información de la BD PsycINFO desde la Biblioteca Digital de la Universitat de Barcelona.
- Utilizamos como descriptor la palabra: *codependency*.
- Seleccionamos toda la información existente sobre CD, todos los campos de la BD PsycINFO hasta la actualidad.

## **3. La información seleccionada: compilación y organización**

- Seleccionamos solamente los documentos de literatura psicológica, descartando los que estuvieren relacionados con otras disciplinas como medicina, estadística, economía, etc.
- Guardamos los documentos obtenidos de la búsqueda.
- Seleccionamos los datos que interesan y eliminamos los que no eran necesarios en la investigación.
- Procedemos a la conversión y limpieza del material para preparar el texto para ser manejable en los códigos de la BD FileMaker Pro 4.0. Esta BD es muy completa, permitiendo organizar los registros por consultas, formularios e informes, realizar búsqueda en los registros, entre otros.
- Creamos una BD propia con el FileMaker Pro 4.0, que llamamos “Codependencia”.
- Exportamos los registros a la BD personal “Codependencia”.

Los criterios utilizados para identificar los documentos a ser incluidos en este estudio atendieron a los siguientes aspectos:

1. Terminología: Teniendo como objetivo comprender la totalidad de los archivos disponibles sobre la CD, realizamos la búsqueda utilizando el término *codependency*. Entre la terminología utilizada (*co-dependency*, *codependency*,

*codependence*, *co-dependence*, co-dependencia y codependencia) esta palabra fue la que aportaba mayor número de documentos.

2. Periodo de tiempo: Dada la falta de información científica y la imprecisión del tema a ser buscado, decidimos rastrear en primera instancia los artículos desde el primer año disponible en PsycINFO (1800) hasta el momento (octubre de 2008) por la necesidad de saber cuándo, dónde y quién nombró por primera vez el término *Codependency*, y el contenido que ha sido estudiado.
3. Tipo de documento: Considerando lo novedoso del tema, decidimos incluir en este trabajo todos los tipos de documentos publicados resultantes de la búsqueda, es decir tesis, revistas, libros, capítulos, etc.

### **3.1. Los documentos seleccionados**

Es importante observar que la investigación fue realizada en dos fases. En la primera etapa recogimos todos los documentos de la BD PsycINFO desde el primer año disponible, con el objetivo de obtener una base propia para el tratamiento de la información. La siguiente fase fue realizada en 2005, 2007 y por último en octubre de 2008, con el fin de actualizar la investigación ya que durante el período en que estábamos confeccionando la BD “CD” y analizando los documentos, podrían haber surgido registros nuevos.

Al realizar las actualizaciones desde 2005 hasta octubre de 2008, encontramos una PsycINFO con una nueva interfaz, un nuevo formato de BD, con algunos campos reagrupados y/o eliminados. Igualmente, algunos registros recopilados anteriormente ya no estaban en esta fecha. No obstante, decidimos conservarlos y agregar los nuevos. Para eso hicimos un estudio comparativo entre los títulos, autores, año y tipo de documento, con el objetivo de sólo acrecentar documentos que todavía no estuvieran incluidos y evitar repetidos. Fue necesario revisar la BD “CD” ya confeccionada además de adaptarla a los nuevos resultados encontrados. Procediendo de esa manera obtuvimos desde 1962, año que aparece el primer documento sobre CD, hasta octubre de 2008, un total de 435 documentos.

Del total de los documentos encontrados en PsycINFO fueron excluidos dos: el capítulo *The psychosocial economy of the family: Its normal and abnormal aspects.*, de Hertha Riese, de 1962, por considerarlo muy alejado de la fecha en que el concepto surgió (finales de los años 70) y el artículo *Accommodation functions: Co-dependency and relationship to refractive error.*, de P. M. Allen y D. J. O'Leary, de 2006, por ser del

campo oftalmológico. Así que, para el inicio del estudio consideramos como primer documento el publicado en PsycINFO en 1981, documento siguiente al de 1962. Los 433 registros restantes fueron seleccionados para el análisis bibliométrico final desde 1981 a octubre de 2008 (Ver anexo 1).

### **3.2. Unidades de análisis y Leyes bibliométricas aplicadas**

Los indicadores del presente estudio se centraron en los campos: tipo de publicación, año, autores, instituciones a las que pertenecen, fuente, palabras clave, descriptores de clasificación de la propia base, metodología, tipo de muestra y referencias.

Analizamos la productividad sobre el tema revisando el número de documentos por año durante el intervalo estudiado y la productividad de los autores, de las instituciones y de las revistas para conocer los más relevantes. Evaluamos la colaboración a partir del número de autores e instituciones que participan en cada trabajo. Como índice de relevancia consideramos el nº de trabajos publicado. Valoramos la productividad tomándose como unidad de medida la “firma”, visto que muchos trabajos fueron realizados en colaboración, y no se puede identificarse el nº de documentos con el de firmas. Los datos obtenidos informan del grado de productividad y de colaboración de un modo global, pero no es suficiente, por ello se utilizaron otros indicadores que dan sentido a los datos empíricos. Para eso procedimos a la aplicación de las leyes propuestas en los estudios bibliométricos clásicos para conocer si los datos obtenidos coinciden con las expectativas propuestas. Dichas leyes definen lo siguiente:

a) Bradford (1934, 1948): distribuyendo los autores decrecientemente según su productividad, se puede diferenciar un núcleo de autores más productivos y varias zonas que contienen el mismo nº de trabajos que el núcleo. Los autores más productivos concentran e irradian determinada influencia al resto de la comunidad científica.

b) Lotka (1926): El nº de autores que publican “n” trabajos es inversamente proporcional al nº de trabajos al cuadrado ( $An=a1/n^2$ ).

c) Cole & Cole (1973): Clasifica los productores (autor, institución y revistas) por rangos de cantidad de publicaciones firmadas según las categorías: los “grandes productores”, con productividad igual o mayor a 10, los “productores moderados”, con 9 a 5 trabajos, los “pequeños productores” o “aspirantes”, con 4 a 2 trabajos, y los llamados por Cole & Cole “desertores” y por Crane (1969) “transeúntes”, que sólo firman un trabajo.

## 4. Resultados

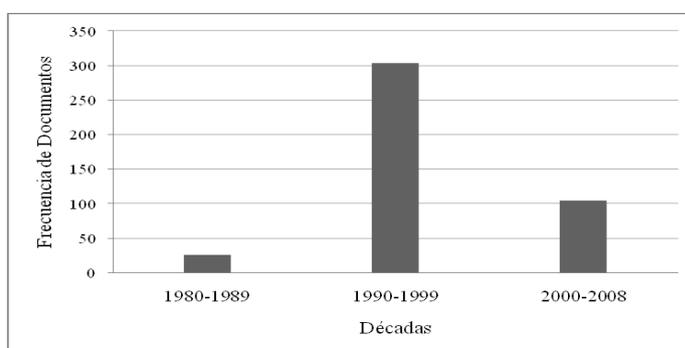
Para elaborar y analizar los resultados procedimos de la siguiente manera:

- Construimos tablas con el programa EXCEL, utilizando la hoja de cálculo donde registramos los resultados para realizar las operaciones de ordenar, recuento, porcentajes, etc., de acuerdo con lo que se va a analizar en cada uno de los campos.
- Traslamos los resultados de este análisis a los gráficos de EXCEL.
- Realizamos los comentarios de los resultados.

### 4.1. Año de publicación: Talla y crecimiento de la productividad de codependencia

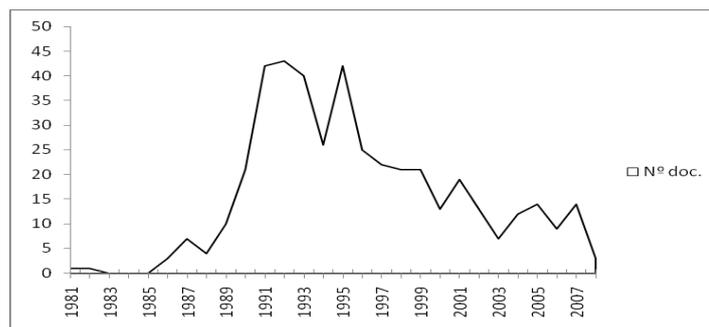
En el Gráfico 1 se puede observar la evolución temporal de los documentos publicados por décadas desde 1980 hasta 2008; el período de 1990-1999, es el momento de máxima productividad (70% de los documentos se acumulan en esta década) con un promedio de 30 documentos por año. En la década actual, se acumula un 24%, con un promedio de 13 documentos por año.

Gráfico 1. Evolución temporal de la producción (por décadas).



Analizando el número de trabajos realizados por año, este presentó una tendencia de alza en la década de 1985 a 1995, no obstante las publicaciones sobre el tema descendieron a partir de ahí, con un menor volumen de trabajos más o menos constante hasta la actualidad. Es importante observar que el año de 2008 presenta una publicación pequeña, no obstante estos resultados no pueden ser considerados definitivos pues es probable que la gran mayoría de los trabajos referentes a este año puedan estar en vías de aprobación para ser publicados y surgirán en la BD en los próximos años. (Gráfico 2)

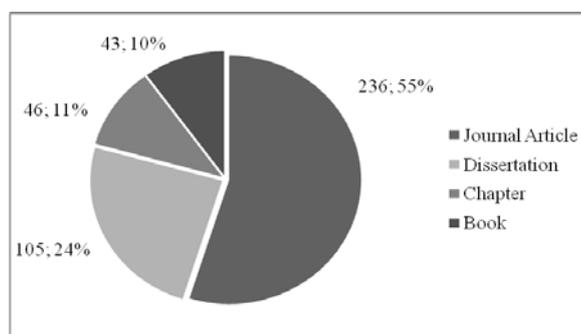
**Gráfico 2. Evolución temporal de la productividad por año.**



#### 4.2. Tipo de publicación, frecuencia y evolución de los mismos

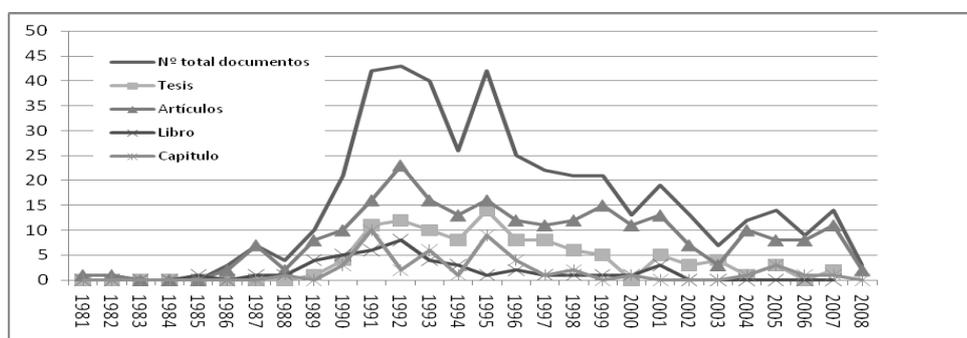
Más de mitad de los documentos recopilados son artículos de revistas; una cuarta parte son tesis y, el resto, son libros o capítulos. (Gráfico 3)

**Gráfico 3. Tipo de Publicaciones.**



Como se ve en el Gráfico 4, son los artículos de revistas los que mantienen una mayor constancia en la productividad al largo de los años a pesar del descenso de la productividad general a partir del año 1995.

**Gráfico 4. Evolución temporal de los tipos de documentos.**

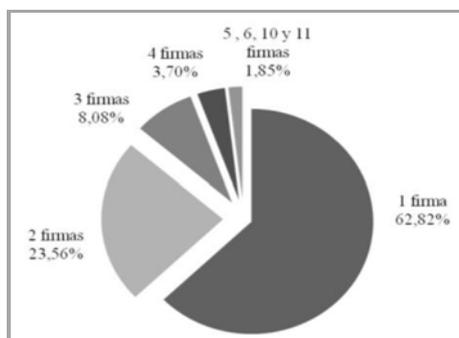


#### 4.3. La colaboración entre los autores

El 62,8% de las 433 publicaciones son firmadas por un solo autor, lo cual es lógico por el gran número de tesis que se hallan entre las mismas (las cuales acumulan el 24%);

el 23,6% están realizadas por 2 autores y, lo cual supone que sólo un 13,6% de las publicaciones han sido realizadas por equipos. De acuerdo con tal distribución, la proporción media de firmas en las publicaciones sería de 1,6 firmas por trabajo. (Gráfico 5 y Tabla 5)

**Gráfico 5. Distribución de firmas por trabajos**



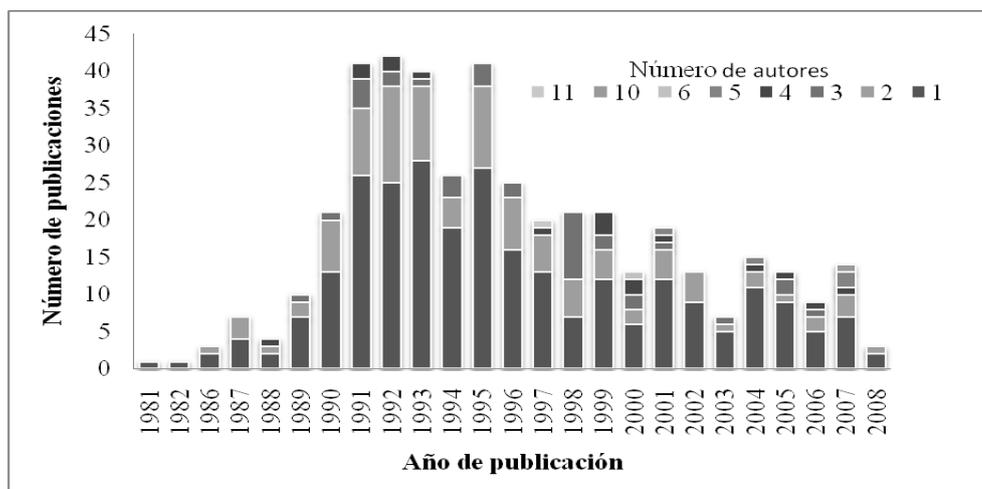
El tipo de colaboración entre los autores aparece constante proporcionalmente a la productividad en los diferentes años con oscilaciones puntuales (Gráfico 6).

**Tabla 5. Distribución de números de firmas por trabajo.**

nº firmas	nº trab	nº firmas totales	% trabajos
1	272	272	62,8
2	102	204	23,6
3	35	105	8,1
4	16	64	3,7
5	5	25	1,2
6	1	6	0,2
10	1	10	0,2
11	1	11	0,2
<b>Totales</b>	<b>433</b>	<b>697</b>	<b>100</b>

Obs: 3 trabajos que tienen autor no identificado, fueron considerados como trabajos con una sola firma cada uno.

**Gráfico 6. Evolución de colaboración entre los autores.**



#### 4.4. La Productividad y relevancia de los autores

A través del análisis de las firmas se observó que un total de 582 autores participan en los 433 documentos revisados. Lo que significa que una diversidad significativa de autores han escrito sobre CD, pues muchos documentos son de autoría colectiva y poseen más de una firma. (Tablas 6 y 7)

Se aplicó el Modelo de Bradford (1934, 1948) al análisis de la productividad de los autores para conocer las características de la dispersión de los mismos. Existe un elevado porcentaje de autores (87,3%) que firman un solo trabajo, lo que supone en su conjunto casi tres cuartas partes de los trabajos (72,9%). Un escaso 12,7% de autores, con 2 o más trabajos, produjo el 27,1% restante de los trabajos. Dentro de este grupo, sólo el 0,5% del total de autores, produjeron 5 a 8 trabajos (2,7%). (Tabla 6)

El elevado porcentaje de autores con una sola firma hace que los datos obtenidos en el estudio no se ajusten a la propuesta matemática de Bradford. La distribución esperada podría representarse gráficamente a través de zonas en las que se distribuye un nº equivalente de trabajos, más o menos un 33%, porcentaje muy inferior al 87,3% encontrado de autores con un único trabajo publicado.

**Tabla 6. Representación del porcentaje de autores y de firmas según el grado de productividad del Modelo de Bradford.**

Frecuencias					Porcentajes			
Firmas por Aut.	Aut.	Aut. Ac.	Firmas	Firmas Ac.	Aut.	Firmas	Aut. Ac.	Firmas Ac.
8	1	1	8	8	0,2	1,1	0,2	1,1
6	1	2	6	14	0,2	0,9	0,3	2
5	1	3	5	19	0,2	0,7	0,5	2,7
4	8	11	32	51	1,4	4,6	1,9	7,3
3	12	23	30	87	2,1	5,2	4	12,5
2	51	74	102	189	8,8	14,6	12,7	27,1
1	508	582	508	697	87,3	72,9	100	100
Totales	582		697		100	100		

Al aplicar la formula de Lotka (1926) para verificar la productividad de los autores a lo largo del estudio realizado, se observó por los valores obtenidos que dicha ley no se cumple; si se cumpliera la tercera columna de la Tabla 7 debería ser aproximada a los resultados obtenidos en la última columna de la misma tabla, producto de la aplicación de la Ley de Lotka.

Asimismo, siguiendo en Modelo de Cole y Cole (1973), en este estudio no existen Grandes Productores ya que ningún autor produjo 10 o más trabajos. Estos datos indicaron la existencia de una gran dispersión de los autores. (Tabla 7)

**Tabla 7. Frecuencia de la productividad de los autores según Cole y Cole (1973) y Lotka (1926).**

Cole y Cole	Nº de trabajos producidos	fr autores	fr Ac	%	% ac	Lotka $An=Al/n^2$
Productores moderados	8	1	1	0,2	0,2	7,9
	6	1	2	0,2	0,3	14,1
	5	1	3	0,2	0,5	20,3
Pequeños productores	4	8	11	1,4	1,9	31,8
	3	12	23	2,1	4	56,4
	2	51	74	8,8	12,7	127
Transeúntes	1	508	582	87,3	100	508

Nota: Au (Autores), Docs (Documentos), Fr (Frecuencia), Ac (Acumulada), Fr Ac (Frecuencia Acumulada).

Se puede apreciar en la Tabla 8 el listado los 73 autores, los más prolíficos y los pequeños productores, junto al número total de publicaciones realizadas durante el período examinado, del que se han excluido aquellos con menos de 3 participaciones. En el análisis de género de estos autores se observó la presencia de un 65,2% de mujeres con un 60,9% de trabajos, y un 34,8% de hombres con un 39,1% de trabajos. Al realizar la media de trabajos por autor se encontró una pequeña diferencia para los hombres: 4,3 trabajos por autor por 3,5 de las mujeres. En el Anexo 2 se puede ver la lista completa de los autores encontrados en este estudio.

Tabla 8. Autores más productivos (12,7%) en PsycINFO sobre Codependencia, en el periodo 1981 a 2008, y sus clasificaciones según Cole y Cole (1973).

Clasificación de autores según categoría	% Autor	Autor	Nº de trabajos	% trabajos	Clasificación de autores según categoría	% Autor	Autor	Nº de trabajos	% trabajos
Productores Moderados	0,5	Dear, Greg E.	8	1,9	Pequeños Productores	12,2	Delgado, Diana Delgado	2	0,5
		Fischer, Judith L.	6	1,4			Doheny, Margaret O.		
		Harkness, Daniel	5	1,2			Doweiko, Harold E.		
Pequeños Productores	12,2	Allison, Sarah	4	0,9			Edmundson, Robert		
		Cermak, Timmen L.					Estok, Patricia J.		
		Irvine, Leslie					Galliker, Mark		
		Martsof, Donna S.					Noriega Gayol, Gloria		
		Roberts, Clare M.					Pérez Gómez, Augusto		
		Wright, Katherine D.					Gordon, Judith R.		
		Wright, Paul H					Grivel, Madeleine		
		Zeller, Richard A					Gullickson, Terri		
		Cowan, Gloria					Hands, Melanie A.		
		Glickauf-Hughes, Cheryl					Harper, Jeane		
		3	0,7	Haaken, Janice			Hinkin, Charles H.		
				Hughes-Hammer, Cyrilla			Kirby-Green, Gloria Jean		
				Loughead, Teri A.			Klein, Margot		
				Meyer, Dinah Frances			L'Abate, Luciano		
				Prest, Layne A			Le Poire, Beth A.		
				Rice, John Steadman			Martin, A Lynne		
				Scaturo, Douglas J.			Mendenhall, Warner		
				Van-Wormer, Katherine			Noer, David M		
				Wells, Marolyn C.			O'Gorman, Patricia		
				Asher, Ramona			Peterson, Karen E.		
		2	0,5	Anderson, Sandra C.			Pidcock, Boyd W.		
				Atkinson, Shera J.			Potter-Efron, Patricia S.		
				Babcock, Marguerite			Potter-Efron, Ronald T.		
				Barrett, Kimberly			Protinsky, Howard O.		
				Bornstein, Robert F.			Rankin, Eric D.		
				Borovoy, Amy			Roehling, Patricia V.		
				Brissett, Dennis			Santrock, John W.		
				Brown, Howard P.	Sedlak, Carol A.				
				Bruss, Katherine V.	Smalley, Sondra				
				Byrne, Marilyn	Spann, Lynda Anne				
Capdevila, Connie	Troise, Frank P.								
Carson, Ann T.	Warren, Lynda W.								
Coleman, Eli	Zelvin, Elizabeth								
Crawford, Duane W.	Ziegler, Penelope P.								

OBS: Los 508 autores con un solo trabajo (transeúntes), un 87,3%, no fueron incluidos en esta tabla. En el Anexo 2 se puede ver la lista completa de todos los autores de este estudio.

Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

#### 4.5. Los productores más productivos: análisis de sus trabajos y de las citas recibidas

En este trabajo consideramos los autores más productivos de hasta 4 trabajos. En la Tabla 9 se observan datos más detallados obtenidos sobre ellos.

**Tabla 9. Análisis de la producción publicada en PsycINFO sobre codependencia de los moderados y pequeños productores (1981 a 2008).**

Clasificación	Nombre Autor	Nº trabajos publicados en PsycINFO	% trabajos	Nº veces citado*	Autocitas*	Nº veces Citado por otros autores*	Nº trabajos que lo cita*	Nº referencias que pone*
Productores	Dear, Greg E.	8	1,9	28	19	09	14	138
Moderados	Fischer, Judith L.	6	1,4	47	05	42	20	39
0,52%	Harkness, Daniel	5	1,2	13	10	03	07	244
	Allison, Sarah	4	0,9	04	04	00	03	103
	Cermak, Timmen L.	4	0,9	40	00	40	26	-
Pequeños	Irvine, Leslie	4	0,9	05	05	00	01	167
Productores	Martsof, Donna S.	4	0,9	13	00	13	10	-
1,37%	Roberts, Clare M.	4	0,9	08	02	06	08	120
	Wright, Katherine D.	4	0,9	17	03	14	08	27
	Wright, Paul H	4	0,9	22	07	15	09	27
	Zeller, Richard A	4	0,9	11	00	11	09	-

OBS: \*Es importante observar que en PsycINFO constan referencias en solo 18,94% de los documentos totales revisados. De ese modo los resultados del análisis de este indicador son limitados y no pueden ser considerados como globales.

##### *Productores Moderados:*

- Greg E. Dear:

Greg E. Dear, vinculado a School of Psychology, Edith Cowan U, Joondalup, Australia, ocupa en 1º lugar en la productividad con 8 trabajos, publicados de 1994 a 2005; los siete primeros son artículos y el último es un capítulo. Dear es el primer autor en 4 artículos, colaborador en 2, y único autor en otros 2:

1. "Co-dependency: A critical review." (Hands & Dear, 1994), su trabajo más citado.
2. "Co-dependency: A critical review. Reply." (1995).
3. "The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties." (Dear & Roberts, 2000).
4. "The relationships between codependency and femininity and masculinity." (Dear & Roberts, 2002).
5. "The Holyoake Codependency Index: Further evidence of factorial validity." (Dear, 2002).
6. "Test-retest reliability of the Holyoake codependency index with Australian students." (Dear, 2004).
7. "Validation of the Holyoake Codependency Index." (Dear & Roberts, 2005).

8. “Defining codependency: A thematic analysis of published definitions.” (Dear, Roberts & Lange, 2005).

Los temas de sus trabajos son: CD, Drogodependencia, Drogadicción, Rehabilitación de las drogas, Revisión de literatura, Conceptos, Control emocional, Terminología, Medidas de la personalidad, Psicometría, Fiabilidad de test, Auto informe, Factores de estructura, Escalas de clasificación, Validez de test, Medición, Clientes, Terapia familiar, Femenidad, Identidad de género, Masculinidad, Role de sexo.

Estos trabajos están clasificados en PsycINFO dentro de las siguientes categorías: *Substance Abuse & Addiciton* (3233), *Personality Traits & Processes* (3120), *Statistic & Mathematics* (2240), *Test & Testing* (2220), *Personality Scales & Inventories* (2223), *Marriage & Family* (2950), *Sex Roles & Women’s Issues* (2970), *Clinical Psychological Testing* (2224).

Además de las 8 producciones citadas arriba, se encontró en el análisis de las referencias más 4 trabajos suyos (autocitas) donde él es el primer autor en un trabajo, colaborador en uno y único autor en dos:

1. “Holyoake evaluation: 1987-1989.” (Binns, Dear, Knowles & Hall, 1990).
2. “The development of the Holyoake Codependency Index.” (Dear, Hardie & Hall, 1990).
3. “Perceptions of another person's heavy drinking as a function of one's relationship to the drinker a pilot study.” (Dear, 2002).
4. “Codependency: Definitions, measurement, and conceptualization.” (Dear, 2003, 2005).

A través de los datos obtenidos se observó que Dear es el más productivo, sin embargo, no es el autor más citado en las referencias, él ocupa el tercer rango de las citas, no obstante esto es debido a un 67,9% de autocitas. (Tabla 9)

- Judith L. Fischer:

Judith L. Fischer, vinculada al Department of Human Development and Family Studies, Texas Tech University de EE.UU. ocupa el 2º lugar con 6 artículos (1991- 2005), siendo primera autora en 4 trabajos y colaboradora en 2:

1. “Measuring codependency.” (Fischer, Spann & Crawford, 1991), el más citado.
2. “Codependency and parenting styles.” (Fischer & Crawford, 1992).

3. "Offspring codependency: Blocking the impact of the family of origin." (Fischer, Wampler, Lyness & Thomas, 1992).
4. "Factors affecting codependent's support group attendance."(Atkinson & Fischer, 1996).
5. "Parental recovery as a moderating variable of adult offspring problematic behaviors."(Pidcock & Fischer, 1998).
6. "Parental Abusive Drinking and Sibling Role Differences." (Fischer, Pidcock, Munsch & Forthun, 2005).

Sus líneas de investigación incluyen los temas: CD, Desarrollo del adolescente, Prácticas de crianza, Relaciones de padres a hijos, Comportamiento de búsqueda de asistencia médica, Grupos de apoyo, Escalas de clasificación, Fiabilidad de test, Validez de test, Alcoholismo, Familia de origen, Toma de riesgo, Adicción, Descendiente adulto, Familia disfuncional, Patrones del beber alcohol, Ambiente del hogar, Actitudes parentales, Hermanos, Recuperación (Trastornos), Construcción de test, Rehabilitación del alcoholismo y de la drogadicción, Trastorno alimentario, Rol parental.

Sus trabajos están clasificados en las siguientes categorías: *Psychosocial & Personality Development* (2840), *Self Help Groups* (3353), *Clinical Psychological Testing* (2224), *Psychological & Physical Disorders* (3200), *Substance Abuse & Addiction* (3233).

En el análisis de las referencias se encontró otros 6 trabajos suyos, en el cual ella aparece como única autora en 1, colaboradora en 4 y principal en otro:

1. "Reciprocity agreement, and family style in disturbed and nondisturbed families." (Fischer, 1980);
2. "Identifying Codependency." (Spann & Fischer, 1990),
3. "Spann-Fischer Codependency Scale. In J. Ridley, An investigation of prevalence of codependency personalities who enter nursing rather than other health care-related fields." Unpublished doctoral dissertation, (Spann, Fischer & Crawford, 1991),
4. "Young adult offspring and their families of origin: Cohesion, adaptability, and addiction." (Wampler, Fischer, Thomas & Lyness, 1993)
5. "Abusive drinking in young adults: Personality type and family role as moderators of family-of-origin influences." (Fischer & Wampler, 1994).

6. “Hispanic and Anglo college women's risk factors for substance use and eating disorders.” (Pidcock, Fischer, Forthun & West, 2000).

Fischer es la autora que más citas recibe, con un 10,6% de autocitas.

- Daniel Harkness:

Daniel Harkness, vinculado a la School of Social Work, Boise State University de EE.UU. ocupa el 3º puesto con 5 publicaciones (1997 -2007), siendo único autor en 2 artículos y colaborador en 3:

1. “The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse.” (Harkness & Cotrell, 1997).
2. “The development, reliability, and validity of a clinical rating scale for codependency.” (Harkness, Swenson, Madsen-Hampton & Hale, 2001).
3. “Testing Cermak's hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family of origin with offspring codependency?”(Harkness, 2001).
4. “To have and to hold: Codependency as a mediator or moderator of the relationship between substance abuse in the family of origin and adult-offspring medical problems.” (Harkness, 2003).
5. “Codependent attitude and behavior: Moderators of psychological distress in adult offspring of families with alcohol and other drug (AOD) problems.” (Harkness, Manhire, Blanchard & Darling, 2007).

Sus líneas de investigación incluyen los temas: Descendiente adulto, Abuso del alcohol y de las drogas, CD, Distrés, Disociación, Familia de Origen, Patrones transgeneracionales, Escalas de clasificación, Fiabilidad de test, Validez de test, Consejeros, Actitudes de los consejeros, Diferencias sexuales humanas, Consejeros de la rehabilitación, Trastornos físicos.

Sus trabajos están clasificados en las siguientes categorías: *Substance Abuse & Addiction* (3233), *Clinical Psychological Testing* (2224), *Drug & Alcohol Rehabilitation* (3383).

Harkness es citado 13 veces, no obstante un 76,92% de ellas son autocitas.

*Pequeños productores:*

- Sarah K. Allison:

Sarah K. Allison, vinculada a la School of Nursing, University of Texas, Austin, EE.UU. comparte el 4º puesto con los demás autores con 4 publicaciones (2002- 2005), siendo única autora en una tesis y 3 artículos:

1. “A path model using codependency and binge eating as mediating variables with selected biographic correlates to explain body mass index in a nursing sample.” (Allison, 2002)
2. “Nurse Codependency: Instrument Development and Validation.” (Allison, 2004).
3. “Biographic and Psychobehavioral Influences on Body Mass Index in a Nursing Sample.” (Allison, 2005).
4. “Biographic and Psychobehavioral Influences on Body Mass Index in a Nursing Sample': Response by Allison.” (Allison, 2005).

Sus líneas de investigación incluyen los temas: CD, Atracón, Peso Corporal, Índice de Masa Corporal, Factores psicosociales, Enfermera, Diferencias étnicas, racial y de edad, Prácticas de crianza, Nivel de logro educacional, Diferencias, Enfermería, Construcción, validación y fiabilidad de instrumento para evaluar la CD en el personal de enfermería.

Sus trabajos están clasificados en las siguientes categorías: *Professional Personnel Attitudes & Characteristics* (3430); *Occupational & Employment Testing* (2228); *Physiological Psychology & Neuroscience* (2500).

Allison es citada 4 veces, no obstante son autocitas de otros 2 trabajos suyos no publicados:

1. “A path analysis of direct and indirect influences of biographic variables, codependency, binge eating on BMI in a nursing simple” Tesis doctoral no publicada, University of Texas Medical Branch, Galveston. (Allison, 2002).
2. "Anatomy of a binge: How types of food and setting affect nonpurge binge eating” (Allison & Timmerman 2004). Manuscrito no publicado.

- Timmen L. Cermak:

Timmen L. Cermak está vinculado a las siguientes instituciones: U. California (San Francisco), National Assn for Children of Alcoholics (EE.UU.), y Genesis Psychotherapy and Training Ctr. (San Francisco, California, EE.UU.). Este autor es un nombre de referencia en el campo de la CD a juzgar por el nº de ocurrencias (40) provenientes de los

trabajos de otros autores, siendo citado en 26 (31,7%) de los 82 trabajos que poseen referencia. Después de Judith L. Fischer es el que más citas ha recibido.

Cermak firma como único autor en 4 publicaciones (1986-1991), siendo que los 2 primeros trabajos son los que reciben más citas, 14 y 13 respectivamente:

1. “Diagnosing and treating codependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses, and children.” (Cermak, 1986).
2. “Diagnostic criteria for codependency.” (Cermak, 1986).
3. “The relationship between codependence and narcissism.” (Cermak, 1991).
4. “Co-Addiction as a Disease.” (Cermak, 1991).

Es interesante resaltar que su artículo “Diagnostic criteria for codependency” fue el primer estudio empírico publicado en PsycINFO. Este trabajo curiosamente fue publicado en la misma revista y en la misma fecha conjuntamente con el artículo de Gierymski, T. y Williams, T., la primera crítica realizada al constructo por carecer de investigaciones empíricas.

Sus líneas de investigación incluyen los temas: CD, Narcisismo, Rasgos, Desarrollo y Trastorno de la personalidad, Psicodiagnóstico, Tipología del psicodiagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación de drogas, Abuso de drogas y alcohol, Relaciones y miembros familiares, Descendencia, Experiencias tempranas, Trauma emocional.

Sus trabajos están clasificados en las siguientes categorías: *Substance Abuse & Addiction* (3233), *Health & Mental Health Treatment & Prevention* (3300), *Behavior Disorders & Antisocial Behavior* (3230).

Cermak tiene otras 4 publicaciones diferentes citadas en las referencias, tres como único autor y uno como primer autor:

1. “Children of alcoholics and the case for a new diagnostic category of codependency.” (Cermak, 1984).
2. “A time to heal.” (Cermak, 1988).
3. “Evaluating and treating adult children of alcoholics: Vol. 2: Treatment.” (Cermak, 1991).
4. “Interactional group therapy with the adult children of alcoholics.” (Cermak & Brown, 1982).

En los documentos extraídos de PsycINFO no consta referencia de los trabajos de Cermak, así que no fue posible analizar las referencias de sus trabajos.

- Leslie J. Irvine:

Leslie J. Irvine, vinculada a State U. New York at Stony Brook de EE.UU. con sus 2 primeros trabajos (1995 y 1997) y a U. Colorado de EE.UU. con los 2 siguientes (1999 y 2001); siendo única autora en 3 trabajos y autora principal en otro:

1. El artículo "Codependency and recovery: Gender, self, and emotions in popular self-help" (Irvine, 1995).
2. La tesis "Romancing the self: Codependency and the American quest for fulfillment" (Irvine, 1997).
3. El libro "Codependent forevermore: The invention of self in a Twelve Step group" (Irvine, 1999).
4. El artículo "Redefining men: Alternative masculinities in a twelve-step program" (Irvine & Klocke, 2001).

Sus líneas de investigación incluyen los temas: CD, Emociones, Cultura popular, Auto percepción, Auto concepto, Roles sexuales, Mujeres, Factores socioculturales, Programa de los Doce Pasos, Narración de cuentos, Masculinidad, Satisfacción con la vida.

Sus trabajos están clasificados en las siguientes categorías: *Sex Roles & Women's Issues* (2970), *Self Help Groups* (3353) y *Social Psychology* (3000).

Analizando las referencias aparecen 5 autocitas en un trabajo suyo, no siendo citada por ningún otro autor.

- Donna S. Martsof

Donna S. Martsof, vinculada a Kent State U., Ohio, EE.UU. con 4 publicaciones (1998-2000), siendo autora principal en 2 artículos y colaboradora en otros 2:

1. "Development and testing of the Codependent Assessment Tool" (Hughes-Hammer, Martsof & Zeller, 1998).
2. "Depression and Codependency in women" (Hughes-Hammer, Martsof & Zeller, 1998).
3. "Codependency in male and female helping professionals" (Martsof, Hughes-Hammer, Estok & Zeller, 1999).
4. "Codependency and related health variables" (Martsof, Sedlak & Doheny, 2000).

Sus líneas de investigación incluyen los temas: CD, Epidemiología, Salud, Depresión Mayor, Mujeres, Diferencias sexuales humanas, Personal del área de salud, Síntomas, Paciente externo, Psicometría, Construcción de test, Validez de test.

Sus trabajos están clasificados en las siguientes categorías: *Psychological Disorders* (3210), *Impaired Professionals* (3470), *Affective Disorders* (3211), *Clinical Psychological Testing* (2224).

Sus trabajos son citados 13 veces en 10 trabajos de otros autores.

- Ricard A. Zeller:

Ricard A. Zeller firma 3 de sus trabajos en colaboración con Martsof y otros autores, ya citados arriba, (1998-1999); el 4º también en colaboración de 2000 es: “Alcohol use in women 65 years of age and older.” (Sedlak, Doheny, Estok & Zeller, 2000). Las características de los 3 primeros ya fueron comentadas arriba. La línea de investigación de su último trabajo incluyen los temas: Patrones de beber alcohol, CD, Salud y Depresión mayor. Está clasificado en la siguiente categoría: *Substance Abuse & Addiction* (3233). Sus trabajos son citados 11 veces en 9 trabajos de otros autores.

- Claire M. Roberts:

Claire M. Roberts, vinculada a la School of Psychology, Curtin U., Bertley, Western Australia, Australia, firma en colaboración en las 4 siguientes publicaciones (2000-2005). Sus trabajos son citados 8 veces siendo 2 (25%) autocitas.

1. “The Holyoake Codependency Index: Investigation of the factor structure and psychometric properties.” (Dear & Roberts, 2000)
2. “The relationships between codependency and femininity and masculinity.” (Dear & Roberts, 2002)
3. “Validation of the Holyoake Codependency Index.” (Dear & Roberts, 2005)
4. “Defining codependency: A thematic analysis of published definitions.” (Dear, Roberts & Lange, 2005).

Puesto que estos trabajos son los mismos que ya se citó arriba en el apartado de Greg E. Dear, no se volverá a comentar sobre ellos.

- Katherine D. Wright y Paul H. Wright

Paul H. Wright, está vinculado a U. North Dakota, Dept of Psychology, Grand Forks, North Dakota, EE.UU. con 4 publicaciones (1990-1995), siendo el primer autor en 3 artículos y 1 capítulo:

1. "Measuring codependents' close relationships: A preliminary study." (Wright & Wright, 1990)
2. "Codependency: Addictive love, adjustive relating, or both?" (Wright, & Wright, 1991)
3. "The two faces of codependent relating: A research-based perspective." (Wright & Wright, 1999)
4. "Codependency: Personality syndrome or relational process? (Wright & Wright, 1995).

Sus líneas de investigación incluyen los temas: Adicción, CD, Interacción interpersonal, Amor, Medición, Rasgos de la personalidad, Relación de mujeres y hombres, Construcción de test, Fiabilidad de test, Validez de test.

Sus trabajos están clasificados en las siguientes categorías: *Behavior Disorders & Antisocial Behavior* (3230), *Group & Interpersonal Processes* (3020), *Personality Scales & Inventories* (2223).

Katherine D. Wright es citada 17 veces en las referencias de 8 trabajos. De esas citaciones 4 son autocitas en el único trabajo suyo que consta las referencias.

Paul H. Wright es citado 22 veces en 9 trabajos, siendo 7 autocitas que hacen referencia a otros 5 trabajos suyos. Cuatro de ellos aparecieron en las referencias de su artículo "The two faces of codependent relating: A research-based perspective.", el único que consta las referencias. Un quinto trabajo surge en las referencias de otro autor. En estos trabajos él firma como único autor en 2, primer autor en 1 y colaborador en otro:

1. "The acquaintance description form." (Wright, 1985) Unpublished manuscript.
2. "A bare bones guide to the Acquaintance Description Form-F2." (Wright, 1997) Unpublished manuscript.
3. "A complete but very-few-frills guide to the "codependent" Acquaintance Description Form (ADF-C5)." (Wright, 1998).
4. "Measuring strain in personal relationships: A refinement." (Wright & Conneran, 1989).

5. “Identifying substance abuse in maltreating families: A child welfare challenge.”  
(Dore, Doris & Wright, 1995).

#### 4.6. Instituciones a las cuales los autores están vinculados

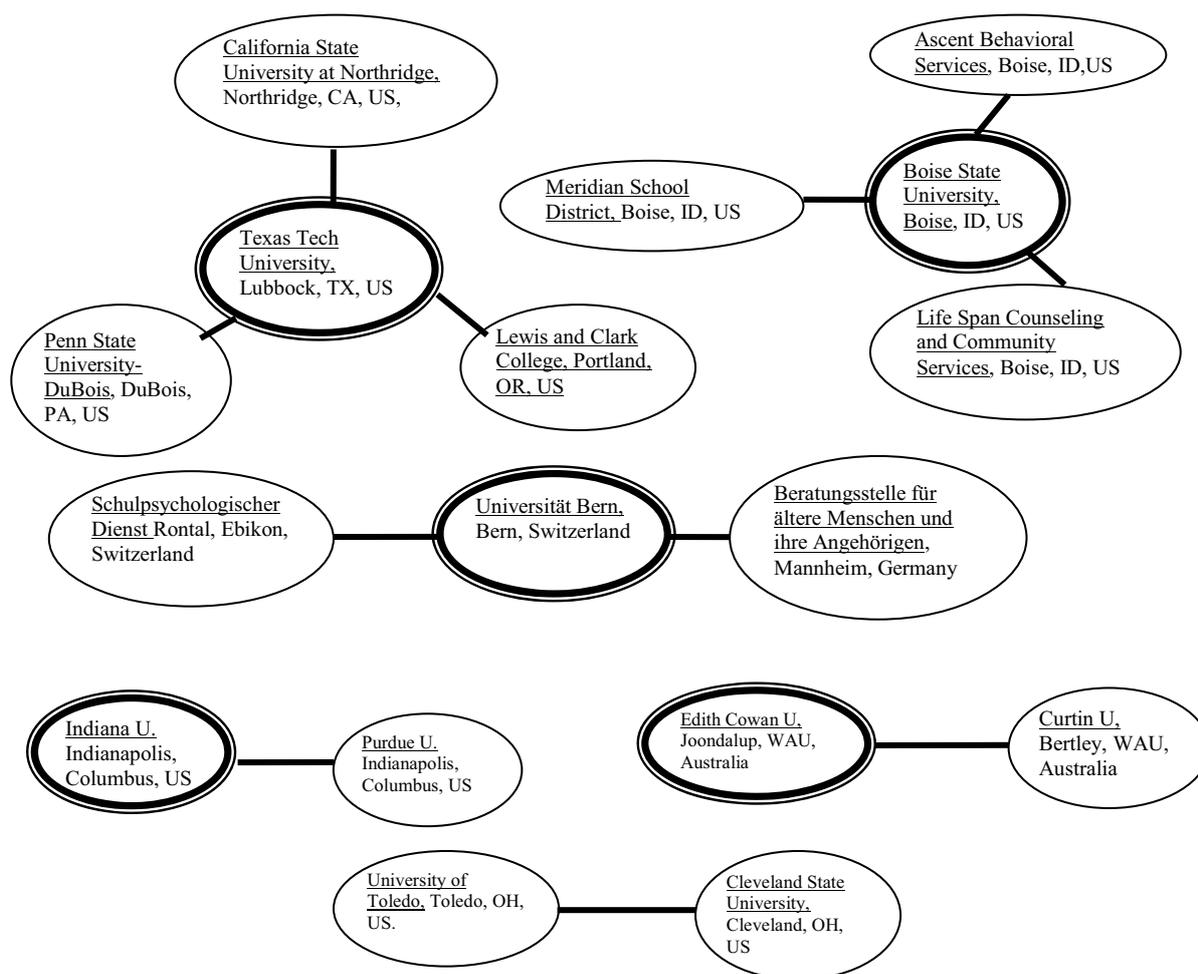
Se realizó una revisión de las instituciones a las que están vinculados los distintos autores para comprobar las más productivas. Se encontraron 275 instituciones diferentes (Ver Anexo 3) dentre las cuales las universidades se destacan con más de la mitad de las firmas (Tabla 10). Se observó que en 32 documentos no se especifica la institución de referencia.

**Tabla 10. Frecuencia de firmas por institución.**

<b>Institución</b>	<b>n°</b>	<b>fr ac</b>	<b>%</b>	<b>% ac</b>
<b>University</b>	255	255	55,9	55,9
<b>ctr</b>	34	289	7,5	63,4
<b>Private</b>	27	316	5,9	69,3
<b>otros</b>	22	338	4,8	74,1
<b>School</b>	19	357	4,2	78,3
<b>Institute</b>	19	376	4,2	82,5
<b>hosp</b>	16	392	3,5	86
<b>Coll</b>	12	404	2,6	88,6
<b>Assn</b>	5	409	1,1	89,7
<b>clinic</b>	5	414	1,1	90,8
<b>Seminary</b>	5	419	1,1	91,9
<b>community</b>	3	422	0,7	92,5
<b>Foundation</b>	2	424	0,4	93
<b>No identificado</b>	32	456	7	100

Con el objetivo de definir pautas de colaboración y detectar la existencia de posibles colegios invisibles, se realizó un mapa de colaboración científica entre las instituciones. Entre los trabajos globales realizados por las universidades seis de ellos fueron en colaboración entre instituciones, departamentos, ciudades y países. No obstante, cada grupo comparte entre ellas la autoría de no más que un trabajo. (Figura 15)

**Figura 15. Colaboración científica interinstitucional.**



#### 4.7. Las universidades a las cuales los autores están vinculados

Los diversos autores están vinculados a 151 universidades. Según la Ley de Cole y Cole (1973) no existen universidades que sean *gran productora*; las de moderada y pequeña producción, responsables de sólo 46 firmas (de 8 a 2 por universidad) acumulan el 30,5%. El porcentaje de universidades *transeúntes* es el 69,5% del total. (Tabla 11)

**Tabla 11. Frecuencia de las firmas por universidades según Cole y Cole, y Lotka.**

Cole y Cole	n° firmas	fr (univ)	fr ac	%	% ac	Lotka An=A1/n <sup>2</sup>
Productores moderados	8	1	1	0,7	0,7	1,6
	7	3	4	2	2,6	2,1
	5	5	9	3,3	6	4,2
Pequeños productores	4	9	18	6	11,9	6,6
	3	4	22	2,6	14,6	11,7
	2	24	46	15,9	30,5	26,3
Transeúntes	1	105	151	69,5	100	105

En el análisis de la productividad de las universidades según la Ley de Lotka podemos ver, si comparamos los datos de las columnas  $fr(\text{univ})$  y Lotka  $An=A1/n^2$ , que están bastantes equiparados, cumpliendo así dicha ley. (Tabla 11)

Para conocer las características de la dispersión de las universidades, analizamos la productividad según el Modelo de Bradford (1934, 1948). Un elevado número de universidades con un solo trabajo produjo casi la mitad de la producción analizada, mientras que el 31%, con 2 a 8 trabajos, acumulan un 59%, y las universidades más prolíferas, con 5 a 8, suponen tan sólo el 6% de ellas y acaparan un 21% del total de los trabajos (Tabla 12). De este modo, el elevado valor del porcentaje de universidades con una sola firma, imposibilita el ajuste de los datos empíricos a la propuesta matemática de Bradford.

**Tabla 12. Frecuencia de las firmas por universidades según Bradford.**

Trab por Univ.	Frecuencias				Porcentajes			
	Univ.	Univ. Ac.	Trab.	Trab. Ac.	Univ.	Trab.	Univ. Ac.	Trab. Ac.
8	1	1	8	8	0,7	3,1	0,7	3,1
7	3	4	21	29	2	8,2	2,6	11,4
5	5	9	25	54	3,3	9,8	6	21,2
4	9	18	36	90	6	14,1	11,9	35,3
3	4	22	12	102	2,6	4,7	14,6	40
2	24	46	48	150	15,9	18,8	30,5	58,8
1	105	151	105	255	69,5	41,2	100	100
Totales	151		255		100	100		

De entre las universidades que más publicaron sobre el tema (30,3%) se destaca la Texas Tech University (EE.UU.) con 8 publicaciones (Tabla 13), de 1991 a 2005. En una de ellas, lo hace en colaboración con otras 3 instituciones, todas ellas de Estados Unidos (Figura 15). Sus primeros y últimos artículos, entre otros publicados, fueron de Judith Fischer, productora moderada y la más citada.

**Tabla 13. Universidades que más publican (30,3%).**

Nº Universidad	Nº Firmas	Nombres de las universidades	% univ
1	8	Texas Tech University	0,7
3	7	Georgia State U., United States International U., Ohio State U.	2
5	5	Boise State University, Edith Cowan U., Kent State U., U. California., U. Colorado	3,3
9	4	California State U., Portland State U., Purdue U., Texas Woman's U., U. Arizona , U. Kansas , U. Nebraska, U. North Dakota, U. Texas	6
4	3	Michigan State U., Mississippi State U., U. Minnesota, University of Texas	2,6
24	2	Adelphi University, Andrews U., Arizona State U., Capella U., Cleveland State University, Curtin U., Memphis State U., Northern Illinois U., Pepperdine U., Princeton U., State U. New York at Stony Brook, State U. New York, Tel Aviv University, U. Akron, U. Memphis, U. Michigan, U. Missouri, U. New England, U. of South Florida, U. Washington, Universität Bern, Virginia Commonwealth U., Walden U., West Virginia U.	15,9

Obs: Todas estas universidades son de EE.UU., a excepción de Tel Aviv (Israel), University Universität Bern (Suiza) y Edith Cowan U., Curtin U. y U. New England (Australia).

#### 4.8. Países

Estados Unidos se define como el país más productivo, con un aporte global del 81,5% de los trabajos. En tan solo el 0,5% de la totalidad de artículos (2) se producen colaboraciones a nivel internacional (Figura 15) ya que participan autores de distintos países; sin embargo, éstas se han establecido solamente en 4 países: Canadá, Israel, Alemania y Suiza. (Tabla 14)

**Tabla 14. Países de los autores.**

<b>PAÍS AFILIADO</b>	<b>Nº ARTÍCULO</b>	<b>%</b>
<b>EE.UU.</b>	353	81,5
<b>Australia</b>	15	3,5
<b>Canadá</b>	12	2,8
<b>Francia</b>	4	0,9
<b>Israel</b>	3	0,7
<b>Colombia</b>	2	0,5
<b>Alemania</b>	2	0,5
<b>México</b>	2	0,5
<b>Reino Unido</b>	2	0,5
<b>China</b>	1	0,2
<b>Dinamarca</b>	1	0,2
<b>Finlandia</b>	1	0,2
<b>India</b>	1	0,2
<b>Irlanda</b>	1	0,2
<b>Italia</b>	1	0,2
<b>Japón</b>	1	0,2
<b>Suecia</b>	1	0,2
<b>Suiza</b>	1	0,2
<b>No Consta el nombre del país</b>	31	7,2

OBS: Un artículo fue producido por Canadá e Israel, y otro por Alemania y Suiza. El porcentual de artículos por países fue calculado por el n° real de artículos 433.

En cuanto a su evolución temporal geográfica, es a partir de 1991 cuando se produce la primera aportación desde distintas zonas geográficas; sin embargo, es Estados Unidos el país que se inicia primeramente en el tema de la CD en 1981 y permanece como el único productor por toda la década de los 80. (Tabla 15)

**Tabla 15. Evolución temporal de la productividad de los países.**

PAÍSES	Alemania	Australia	Canadá	China	Colombia	Dinamarca	Estados Unidos	Finlandia	Francia	India	Irlanda	Israel	Italia	Japón	México	Reino Unido	Suecia	Suiza	TOTALES
1981							1												1
1982							1												1
1986							3												3
1987							5												5
1988							4												4
1989							8												8
1990							18												18
1991			1				39												40
1992			1				40												41
1993		1	1				36												38
1994		1					22	1											24
1995		3					33												36
1996			3				20					1							24
1997		2	1				14		1				1						19
1998							21												21
1999			1				15		1		1						1		19
2000		1					11		1										13
2001		2					16												18
2002		2	2	1			6								1				12
2003					1		6												7
2004	1	1	1*		1	1	7			1		1*			1				15
2005		1					12												13
2006	1**						6											1**	8
2007			1				9		1					1		1			13
2008							1					1				1			03
TOTALES	2	15	12	1	2	1	353	1	4	1	1	3	1	1	2	2	1	1	404

OBS: No consta la descripción del país en la afiliación de 31 documentos. Dos documentos fueron realizados en colaboración con dos países cada uno (señalizados con \* y \*\*).

#### 4.9. Las revistas más relevantes en las que se publican los trabajos

Más de la mitad de los artículos fueron publicados en 25,2% de esas revistas. Mientras los restantes están repartidos en los 74,8% de las otras revistas que tan solo han publicado una única vez sobre el tema, como se puede ver en la Tabla 16.

**Tabla 16. Distribución de la frecuencia de las revistas.**

Nº documentos	% documentos	f (revista)	% revistas
22	9,2	1	0,7
8	3,4	1	0,7
6	2,5	4	3
5	2,1	3	2,2
4	1,7	5	3,7
3	1,3	8	5,9
2	0,8	12	8,9
1	0,4	101	74,8
Totales	238		
		135	

La revista *Alcoholism Treatment Quarterly* es la que más ha publicado, con una aportación de un 9,2%. (Tabla 17)

**Tabla 17. Frecuencia de las 34 revistas (25%) que más publicaron.**

NOMBRE DE LA REVISTA	PERIODO DE PUBLICACIÓN	Nº DE ARTÍCULOS	% ARTÍCULOS
Alcoholism Treatment Quarterly. (22 US)	1987 a 2007	22	9,2
PsycCRITIQUES. (8 US)	1990 a 2006	8	3,4
Journal of Clinical Psychology. (5 US, 1 AU)	1991 a 1999	6	2,5
Journal of Mental Health Counseling. (6 US)	1990 a 1998	6	2,5
Journal of Psychoactive Drugs. (6 US)	1986 a 2003	6	2,5
Sexual Addiction & Compulsivity. (5 US, 1 CA)	1996 a 2006	6	2,5
Contemporary Family Therapy: An International Journal. (4 US, 1 IR)	1991 a 1999	5	2,1
Drug and Alcohol Review. (4 AU, 1 FI)	1994 a 2002	5	2,1
International Journal of the Addictions. (5 US)	1988 a 1995	5	2,1
American Psychologist. (3 US, 1 CA)	2006 a 2007	4	1,7
Archives of Psychiatric Nursing. (4 US)	1998 a 2000	4	1,7
Journal of Substance Abuse Treatment. (4 US)	1992 a 1997	4	1,7
Sex Roles. (3 US, 1 CA)	1994 a 2002	4	1,7
Social Work. (4 US)	1992 a 1995	4	1,7
American Journal of Family Therapy. (3 US)	1993 a 2001	3	1,3
College Student Journal. (3 US)	1992 a 1999	3	1,3
Family Therapy. (3 US)	1991 a 2000	3	1,3
Journal of Chemical Dependency Treatment. (3 US)	1987 a 1991	3	1,3
Journal of Psychology and Christianity. (3 US)	1993 a 1996	3	1,3
Psychological Reports. (2 AU, 1 US)	1990 a 2004	3	1,3
Psychology of Addictive Behaviors. (3 US)	1987 a 1999	3	1,3
Western Journal of Nursing Research. (3 US)	2005	3	1,3
American Ethnologist. (2US)	2000 a 2001	2	0,8
Family Dynamics of Addiction Quarterly. (2US)	1992	2	0,8
Issues in Mental Health Nursing. (2US)	1994 a 2001	2	0,8
Journal of College Student Psychotherapy. (2US)	1998 a 2006	2	0,8
Journal of Counseling and Development. (2US)	1992 a 1998	2	0,8
Journal of Homosexuality. (2US)	1982 a 1987	2	0,8
Journal of Studies on Alcohol. (2US)	1994 a 1995	2	0,8
Perspectives in Psychiatric Care. (2US)	1992 a 1993	2	0,8
Psicothema. (2 CO)	2003 a 2004	2	0,8
Smith College Studies in Social Work. (2US)	1990 a 1996	2	0,8
Transactional Analysis Journal. (1 MX, 1US)	1994 a 2004	2	0,8
Women and Therapy. (2US)	1989 a 1993	2	0,8

Nota: US (Estados Unidos), AU (Australia), CA (Canadá), CO (Colombia), IR (Irlanda), FI (Finlandia), MX (México).

Las 135 revistas son publicadas en 6 idiomas, el 96,2% en inglés. Los 3,8% de idiomas restantes son en español (1,3%), en francés y alemán (0,8% cada uno), en chino y japonés (0,4% cada uno).

#### **4.10. El análisis del contenido temático a través de las Palabras Clave**

Un total de 2118 palabras clave diferentes fueron agrupadas resultando en un total de 235 descriptores (Tabla 18). Ver detalles de este agrupamiento en el Anexo 4.

Los descriptores más significativos, 26,4%, reflejan los temas más tratados en los documentos analizados. Estos resultados coinciden con la literatura estudiada sobre el tema. Por otro lado, la existencia de una gran variedad de palabras claves sin agrupar y de descriptores (73,6%) tiende a indicar la diversidad de los temas que se aborda sobre CD, lo que confirma su característica multidisciplinar y sus posibilidades de investigación.

**Tabla 18. Distribución de la frecuencia de los descriptores establecidos para agrupar las palabras claves.**

Descriptores	N°	fr	fr ac	%	% ac
Co-Dependency	232	1	1	0,4	0,4
Alcohol-	123	1	2	0,4	0,9
Treatment	102	1	3	0,4	1,3
Family	95	1	4	0,4	1,7
Self; Female/Woman	70	2	6	0,9	2,6
Personality-	67	1	7	0,4	3
Codependent	57	1	8	0,4	3,4
College Students	53	1	9	0,4	3,8
Cognition	49	1	10	0,4	4,3
Addiction; Relationship; Codependency Assessment Tool/y Otros	38	3	13	1,3	5,5
Couples/Marital	36	1	14	0,4	6
Measures	34	1	15	0,4	6,4
Domestic Violence/-Shelter	31	1	16	0,4	6,8
Behaviors; Substance Abuse	29	2	18	0,9	7,7
Social/-psic-; Parent	28	2	20	0,9	8,5
Drug	27	1	21	0,4	8,9
Chemical/lly- Dependency; Psycho/-therapy	25	2	23	0,9	9,8
Adult Child	24	1	24	0,4	10,2
Adults; Recovery	23	2	26	0,9	11,1
Christian	21	1	27	0,4	11,5
Male; Book	20	2	29	0,9	12,3
Patients-/Clients-	19	1	30	0,4	12,8
Health Care Professionals	18	1	31	0,4	13,2
Psychopathology	17	1	32	0,4	13,6
Children; Feminis/m/t-	15	2	34	0,9	14,5
Counsel/-ors-; Therapy	14	2	36	0,9	15,3
Gay; Psychological Adjustment	13	2	38	0,9	16,2
Cultural; Dependen/t-ce; Depress/ion-ed; Diagnostic	12	4	42	1,7	17,9
Eating Disorders; Gender; Mental Health; Spiritual/-ity; Wives	11	5	47	2,1	20
Emotions; Family Systems Therapy/Theory; Psychology- ; Sex; Technique; Theory	10	6	53	2,6	22,6
Groups	9	1	54	0,4	23
Ident/ty-/cation; Sex/ual Addiction	8	2	56	0,9	23,8
Background; Caretakers; Clinicians; Nurse; Therapeutic-; Partners	7	6	62	2,6	26,4
Age; Dysfunction; HIV -; Husband; Offspring	6	5	67	2,1	28,5
Academic performance; Al-Anon/ members; Ethnic; individual -; intimacy-; organization-; outpatient-; physical abuse	5	8	75	3,4	31,9
Adolescen/-t-ce; Boundaries; co/addiction/-; economic dependency; sexis/m-t; Stress; traits; psychiatry/ic-	4	8	83	3,4	35,3
Breast cancer/patients; Canada; Community; Demographic; Education; Eye Movement Desensitization and Reprocessing; interdependence/-development; Interpersonal; Psychotherapist; religious beliefs; semantics	3	11	94	4,7	40
At risk; brain- architecture/; Buprenorphine; Definitions; EAP clients; finitude-unfulfilled dreams; Humans; labeling; learned helplessness; life story; Masculinity; neuroscien/ce-tist; opiate withdrawal; Oppression; phenomenolog/ical-y; residential treatment programs; risk factors; sexual abuse; transgender professionals	2	19	113	8,1	48,1
Palabras claves no agrupadas en categorías (sin significación) (Ver Anexo 5)	1	122	235	51,9	100
Totales		235		100	

#### 4.11. La metodología utilizada en los trabajos publicados

De los documentos analizados 233 apuntaron la metodología utilizada. No obstante, algunos de ellos describen su metodología con más de un descriptor. Por consiguiente, el nº de metodología es superior al número de documentos que la describieron. El resultado del análisis mostró que el 79,6% de la metodología utilizada por los autores fue el estudio empírico seguida del cuantitativo. (Tabla 19)

**Tabla 19. Metodología utilizada en los documentos.**

<b>Metodología</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>	<b>% ac</b>
Empirical Study	222	79,6	79,6
Quantitative Study	28	10	89,6
Literature Review	12	4,3	93,9
Clinical Case Study	5	1,8	95,7
Qualitative Study	4	1,4	97,1
Followup Study	3	1,1	98,2
Longitudinal Study	2	0,7	98,9
Meta Analysis	1	0,4	99,3
Nonclinical Case Study	1	0,4	99,6
Treatment Outcome/Clinical Trial	1	0,4	100
Totales	279	100	

#### **4.12. El análisis del contenido temático a través de las categorías de clasificación de la Base de Datos**

Cada registro de la BD PsycINFO recibe unas categorías y códigos de clasificación, que se utiliza para categorizar el documento de acuerdo con el tema en cuestión. Este sistema de código de clasificación fue diseñado para describir el contenido de PsycINFO, pero no el campo de la psicología. De ese modo los 433 documentos presentaron 524 temas. Varios de los documentos revisados abordan diferentes temas. Por lo consiguiente, los datos informan sobre la cantidad de temas (categorías) y ocurrencias, y no la cantidad total de documentos. Tras el conteo resultaron 74 categorías diferentes. El 29,4% de las temáticas generales fue acaparado por las categorías *Substance Abuse & Addiction* y *Drug & Alcohol Rehabilitation*. (Tabla 20)

**Tabla 20. Clasificación de los documentos por categorías y códigos PsycINFO.**

CANTIDAD CATEGORÍAS	CLASIFICACIÓN DE CATEGORÍAS Y CÓDIGOS DE LOS DOCUMENTOS SEGÚN LA BASE DE DATOS PSYCINFO	Nº OCURRENCIAS	%
1	<b>Substance Abuse &amp; Addiction (3233)</b>	95	18,1
1	<b>Drug &amp; Alcohol Rehabilitation (3383)</b>	59	11,3
1	Health & Mental Health Treatment & Prevention (3300)	43	8,2
1	Personality Traits & Processes (3120)	25	4,8
1	Behavior Disorders & Antisocial Behavior (3230)	23	4,4
1	Psychological & Physical Disorders (3200)	21	4,0
1	Group & Family Therapy (3313)	19	3,6
1	Clinical Psychological Testing (2224)	18	3,4
1	Psychotherapy & Psychotherapeutic Counseling (3310)	17	3,2
1	Social Psychology (3000)	15	2,9
1	Personality Psychology (3100)	12	2,3
1	Psychological Disorders (3210)	11	2,1
3	Professional Personnel Attitudes & Characteristics (3430) ; Self Help Groups (3353); Sex Roles & Women's Issues (2970)	9	1,7
2	General Psychology (2100); Psychosocial & Personality Development (2840)	8	1,5
2	Educational Psychology (3500); Group & Interpersonal Processes (3020)	7	1,3
1	Developmental Psychology (2800)	6	1,2
2	Marriage & Family (2950); Personality Scales & Inventories (2223)	5	1
6	Health Psychology & Medicine (3360); Impaired Professionals (3470); Industrial & Organizational Psychology (3600); Personality Disorders (3217); Physical & Somatoform & Psychogenic Disorders (3290); Religion (2920)	4	0,8
8	Art & Music & Movement Therapy (3357); Eating Disorders (3260); Immunological Disorders (3291); Interpersonal & Client Centered & Humanistic Therapy (3314); Organizational Behavior (3660); Personnel Management & Selection & Training (3620); Psychoanalytic Theory (3143); Sexual Behavior & Sexual Orientation (2980)	3	0,6
7	Affective Disorders (3211); Behavioral & Psychological Treatment of Physical Illness (3361); Literature & Fine Arts (2610); Physiological Psychology & Neuroscience (2500); Rehabilitation (3380); Specialized Interventions (3350); Tests & Testing (2220)	2	0,4
31	Academic Learning & Achievement (3550); Behavior Therapy & Behavior Modification (3312); Cancer (3293); Childrearing & Child Care (2956); Classroom Dynamics & Student Adjustment & Attitudes (3560); Clinical Hypnosis (3351); Clinical Psychopharmacology (3340); Criminal Law & Adjudication (4230); Culture & Ethnology (2930); Curriculum & Programs & Teaching Methods (3530); Developmental Disorders & Autism (3250); Divorce & Remarriage (2953); Educational Administration & Personnel (3510); Educational/Vocational Counseling & Student Services (3580); Inpatient & Hospital Services (3379); Lay & Paraprofessional & Pastoral Counseling (3355); Neurological Disorders & Brain Damage (3297); Neuropsychology & Neurology (2520); Neuroses & Anxiety Disorders (3215); Nursing Homes & Residential Care (3377); Occupational & Employment Testing (2228); Occupational & Vocational Rehabilitation (3384); Occupational Interests & Guidance (3610); Outpatient Services (3371); Professional Psychological & Health Personnel Issues (3400); Psychological & Physical Disorders (3200); Psychometrics & Statistics & Methodology (2200); Social Perception & Cognition (3040); Social Processes & Social Issues (2900); Statistics & Mathematics (2240); Working Conditions & Industrial Safety (3670)	1	0,2

#### 4.13. Las categorías de edad de las muestras

Con relación a las edades de la muestra, observamos que la gran mayoría de los documentos tuvieron en cuenta la categoría de mayores de 18 años (adultos), algunas con la de 18 a 29 años (joven adulto) y muy pocas investigaciones con mayores de 29 años y menores de 17 años. (Tabla 21)

**Tabla 21. Distribución de categoría de edad de las muestras.**

<b>Categoría de Edad</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>%ac</b>
Adulthood (18 yrs & older) (300)	233	52,5	52,5
Young Adulthood (18-29 yrs) (320)	50	11,3	63,7
Middle Age (40-64 yrs) (360)	39	8,8	72,5
Thirties (30-39 yrs) (340)	38	8,6	81,1
Aged (65 yrs & older) (380)	31	7	88,1
Adolescence (13-17 yrs) (200)	26	5,9	93,9
Childhood (birth-12 yrs) (100)	15	3,4	97,3
School Age (6-12 yrs) (180)	8	1,8	99,1
Very Old (85 yrs & older) (390)	3	0,7	99,8
Preschool Age (2-5 yrs) (160)	1	0,2	100
Total	444	100	

### 5. Los instrumentos desarrollados para evaluar codependencia

En este estudio hemos podido observar que la CD viene siendo investigada empíricamente en las últimas décadas bajo diversos aspectos, desde revisiones teóricas históricas que apoyan el concepto e intentos de conceptualarlo, hasta críticas y tentativas de desacreditarlo. Igualmente ha originado varias investigaciones que buscan: crear y validar instrumentos que puedan conceptualar y diagnosticar CD, definir lo que es, averiguar con qué está relacionada, cuál es su mejor tratamiento, etc. La necesidad de definir, operacionalizar y dar credibilidad al concepto, ha impulsado a los investigadores a cuantificar CD a través de instrumentos de auto-informe.

Tras el análisis de los 433 documentos se seleccionaron 81, sólo aquellos que consideraban los instrumentos de evaluación para medir el concepto. Una revisión de tales documentos reveló varios instrumentos, los cuales expresamos orden cronológico del desarrollo de estos instrumentos y quien los cita en la Tabla 22. Como podemos observar en ella, los instrumentos más citados fueron el SF CDS (citado en 27 trabajos, el 33%) seguido por CAQ (citados en 13, el 16%), y CAI (en 11, casi el 14%). Los científicos basaron sus investigaciones en aspectos de la teoría existente sobre el constructo y algunos en su experiencia clínica para crearlos según se podrá ver a continuación.

**Tabla 22. Los instrumentos para evaluar codependencia.**

AÑO	NOMBRE DEL INSTRUMENTO Y QUIEN LO CITA	AUTOR
?	<u>Co-Dependents Anonymous Checklist (CoDA)/CODAC</u> (Lindley, Giordano & Hammer, 1999)	Co-DA/Whitfield
1985	<u>Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory</u> (Aday, 1995; Clark & Stoffel, 1992; Fuller & Warner, 2000; Gayol & Lira, 2002; Holloway, 1999; Isham-Colvard, 1998; Parker, Faulk & LoBello, 2003; Prest et al., 1998; Springer, Britt & Schlenker, 1998; Stafford, 2001; West-Willette, 1991)	Friel
1985	<u>Acquaintance Description Form-C2</u> (Wright & Wright, 1990, 1999)	Wright y Wright
1985	<u>Codependency Relationship Questionnaire</u> (Fuller & Warner, 2000)	Kritsberg
1986	<u>Diagnostic Criteria for Co-Dependent Personality Disorder</u> (Cermak, 1986a, 1986b; Fuller & Warner, 2000; Harkness, 2001; Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Martin & Piazza, 1995; Morgan, 1991; Stafford, 2001; Zetterlind & Berglund, 1999)	Cermak
1988	<u>Co-Dependency Inventory – CODI</u> (Byrne, Edmundson & Rankin, 2005)	Stonebrink
1989	<u>Codependency Assessment Questionnaire (CAQ)</u> (Cowan & Warren, 1994 ; Fuller & Warner, 2000; Gayol & Lira, 2002; Gotham & Sher, 1995; Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Meyer, 1996, 1997; Meyer & Russell, 1998; Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a, 1989b, 1989c; Stafford, 2001; Teichman & Basha, 1996)	Potter-Efron y Potter-Efron
1989	<u>Codependency Self-Inventory Scale</u> (Cretser & Lombardo, 1999)	Weinhold y Weinhold
1989	<u>Co-Dependency Checklist – CDC</u> (Wells, Glickauf-Hughes & Jones, 1999; Wells, Hill, Brack G., Brack, C. & Firestone, 2006)	Wells et al.
1991	<u>Recovery Potential Survey</u> (Fuller & Warner, 2000)	Whitfield
1991	<u>OLI- Orientation to Life Inventory</u> (Kirby-Green & Moore, 2001)	Kitchens
1991	<u>A Co-Dependence Test</u> (Fuller & Warner, 2000)	Kitchens
1991	<u>Acquaintance Description Form-C3</u> (Fuller & Warner, 2000)	Wright y Wright
1991	<u>Codependent Relationship Inventory</u> (DeBrown, 1991, Egnoto, 1995)	DeBrown
1991	<u>Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS)</u> (Allison, 2004; Arkesteyn, 1995; Atkinson & Fischer, 1996; Bagheri, 2005; Charder, 1996; Cowan, Bommersbach & Curtis, 1995; Crothers & Warren, 1996; Cullen & Carr, 1999; Emmett, 1995; Ferrari, Jason, Nelson & Curtin-Davis, 1999; Fischer, Pidcock, Munsch & Forthun, 2005; Fischer, Spann & Crawford, 1991; Fuller & Warner, 2000; Galliker, Grivel & Klein, 2006; Gayol & Lira, 2002; Harkness, Manhire, Blanchard & Darling, 2007; Harkness, Swenson, Madsen-Hampton & Hale, 2001; Harrington, 1995; Hewes & Janikowski, 1998; Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Irwin, 1995; Lindley, Giordano & Hammer, 1999; Loughead, Kelly & Bartlett-Voigt, 1995; Loughead, Spurlock & Ting, 1998; Ridley, 1995; Stafford, 2001; Yearing, 2003)	Fischer, Spann y Crawford
1991	<u>Beck Codependency Assessment Scale (BCAS)</u> (Cowan & Warren, 1994; Fuller & Warner, 2000; Stafford, 2001)	Beck
1992	<u>Co-Dependency Inventory (CDI)</u> (Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Irwin, 1995; Stafford, 2001)	O'Brien y Gaborit
1992	<u>Codependent Rating Scale</u> (Lovelett, 1992)	Lovelett
1992	<u>Codependency Self Assessment Scale</u> (Minnitti, 1992)	Minnitti
1993	<u>Relationship Style Inventory</u> (Rosenberg, 1993)	Rosenberg
1993	<u>Eight-Factor Codependency Scale (EFCDS)</u> (Cowan et al., 1995; Cowan & Warren, 1994; Stafford, 2001)	Kottke, Warren, Moffett y Williams
1994	<u>Hodgson Codependency Personality Questionnaire-1</u> (Hodgson, 1994)	Hodgson
1996	<u>Codependent Questionnaire (CdQ)</u> . (Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Roehling & Gaumont, 1996; Stafford, 2001)	Roehling y Gaumont
?	<u>Modified Codependency Assessment Criteria</u> (Spears, 1997)	?
1998	<u>Codependence Behavior Items List</u> (Kirby-Green, 1998; Kirby-Green & Moore, 2001)	Kirby-Green
1998	<u>Codependency Assessment Tool (CODAT)</u> (Hughes-Hammer et al, 1998a, 1998b; Keane, 2003; Martsolf, Hughes-Hammer, Estok & Zeller, 1999; Martsolf, Sedlak & Doheny, 2000; Pardee, 2007; Pérez Gómez & Delgado Delgado, 2003; Reyome & Ward, 2007; Sedlak, Doheny, Estok & Zeller, 2000; Stafford, 2001)	Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller
1998	<u>Codependent Acquaintance Description Form</u> (Yearing, 2003)	Wright y Wright
1999	<u>ADF-C5- Acquaintance Description Form C5</u> (Gayol & Lira, 2002; Wright & Wright, 1999; Yearing, 2003)	Wright y Wright
1999	<u>New Questionnaire (New Q)</u> . (Lindley, Giordano & Hammer, 1999)	Lindley, Giordano y Hammer
2000	<u>Holyoake Codependency Index (HCI)</u> (Dear, 2002, 2004; Dear & Roberts, 2000, 2005)	Dear y Roberts
2001	<u>Idaho Codependency Scale</u> (Harkness et al., 2001; Harkness et al., 2007; Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006)	Harkness, Swenson, Madsen-Hampton y Hale
2002	<u>Instrumento de CD (ICOD)</u> (Gayol & Lira, 2002)	Gayol y Lira
2003	<u>Instrumento para medir CD de Pérez Gómez y Delgado Delgado: a) FO, b) NA y c) NAA</u> (Delgado Delgado & Pérez Gómez, 2004; Pérez Gómez & Delgado Delgado, 2003)	Pérez Gómez y Delgado Delgado
2004	<u>Nursing Codependency Questionnaire - NCQ</u> (Allison, 2004, 2005)	Allison

Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

### 5.1. La Spann-Fischer Codependency Scale

La escala de CD, de Fischer et al. (1991), *Spann-Fischer Codependency Scale* (SF CDS), es el instrumento que aparece con más frecuencia en los documentos encontrados en este estudio. Esta escala trata la CD implícitamente como un rasgo de personalidad, centrándose en las diferencias individuales; involucra la extrema atención fuera de sí mismo, la dificultad para expresar sentimientos, y el significado personal derivado de las relaciones con los otros. Según investigadores como Fischer et al., Wright y Wright (1991), Irwin (1995), Lindley et al. (1999), Fuller y Warner (2000), puede ser utilizada en investigaciones experimentales para validar y comprender el constructo por tratarse de una medida bastante fiable y con buena capacidad de mensuración. Tal evidencia fue obtenida a través de evaluación empírica que sugirió una validez convergente y discriminante de la escala, además de una buena consistencia interna (Fischer et al.). Se trata de un instrumento breve de auto-informe que consiste en 16 ítems, tales como: “Es duro para mí decir que no.”, “me parece que entro en relaciones que son dolorosas para mí.”, “frecuentemente pongo las necesidades de los demás delante de las mías.”, y, “cuando hago algo muy bien para mi mismo usualmente me siento culpable.” Las respuestas se dan en una escala Likert de 6 puntos que se extiende desde *discrepo fuertemente* hasta *concuero fuertemente*. La puntuación total oscila de 16 a 96, y cuanto más alta la puntuación, mayor es la CD del entrevistado (Fischer et al.; Fischer et al., 2005; Irwin; Crothers & Warren). Conforme Fischer et al. (1991), al comparar las distribuciones de los percentiles de los grupos se encontró provisionalmente una normativa para la SF CDS: 67, 2 puntos = alta CD y 37,3 = baja CD.

#### *La Elaboración de los Ítems*

En 1990, Spann y Fischer (Fischer et al., 1991) revisaron las definiciones de la literatura existente sobre CD y considerando sus múltiples características, identificaron 18 que representaban contribuciones de sistemas y la dinámica interpersonal, además de los atributos de personalidad. Las sintetizaron en tres áreas y desarrollaron la siguiente definición operacional:

*Una condición psicosocial que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de relacionarse con los demás. Este patrón es caracterizado por: un locus externo extremo, la carencia de una expresión abierta de sensaciones, y, intento para crear un sentido de propósito a través de las relaciones. (Fischer et al., 1991, pp. 86)*

Empleando esta definición, Fischer et al. (1991) construyeron el instrumento para medir CD como rasgos característicos. Las autoras aplicaron ese instrumento piloto de 38-ítems, en 40 universitarios, en dos ocasiones. De esta manera examinaron las correlaciones corregidas del ítem-total y eliminaron aquellas por debajo de 0,30. La escala de 15 ítems comprendía todas las características esenciales de la definición desarrollada por Spann y Fischer. A esta escala se añadió un decimosexto ítem y todas las puntuaciones medias de la escala de 15 ítems fueron ajustadas para los 16 (Fischer et al., 1991).

#### *La Fiabilidad y Validez*

Fischer et al. (1991) examinaron la fiabilidad y la validez de la SF CDS, correlacionando CD con constructos que se cree están asociados al concepto, tales como: la depresión, la ansiedad, el locus de control externo y autoestima. Utilizaron un total de 682 voluntarios, repartidos en 5 muestras: 638 universitarios (grupos A, B y C), 30 miembros del Al-Anon (grupo de Recuperación), y 14 "codependientes" auto-identificados (grupo de Codependientes). Todos los participantes respondieron a una batería múltiple de pruebas y extensos datos demográficos. Fue administrado al grupo A, al grupo de Recuperación, y al grupo de Codependientes, las escalas: Locus de Control (Rotter, 1966), Autoestima (Rosenberg, 1965), Deseabilidad Social (Crowne & Marlowe, 1960), y, Masculinidad y Femenidad (Bem, 1974). El grupo B respondió a las escalas de Ansiedad (A. Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) y de Depresión (A. Beck, 1967). El grupo C completó las escalas referentes a las relaciones con los padres en la Calidad de comunicación (Fischer, 1980), Apoyo (Fischer, 1980), Control (Fischer, 1980; Schaefer, 1965), y Actividades de ocio (Robinson, 1977). (Fischer et al., 1991)

Se alcanzó la validez de contenido a través de una revisión de los expertos en el tema y del análisis factorial que respaldó la definición en la cual la escala fue basada. Para hacer un análisis factorial de los componentes principales de la escala fueron usadas las respuestas de los grupos de estudiantes, del grupo de miembros de Al-Anon, y del grupo de Codependientes. Todos a excepción de un ítem, el nº5, de la primera carga factorial tienden a 0,30 o más, sugiriendo que la escala era unidimensional. Para certificar que los aspectos definatorios de la CD estaban presentes, fueron examinadas las cargas factoriales rotadas. Los 4 factores ortogonales (rotación Varimax) fueron extraídos de los auto-valores mayores que 1.00 y del scree test. (Fischer et al., 1991)

En este análisis de los factores se pudo observar las áreas esperadas para caracterizar la CD, siendo los primeros y segundos, indicativos de la primera parte de la definición: locus externo y “caretaking” (actividades de cuidar/proteger el otro). El tercer factor puntualizó la carencia de la expresión abierta de sentimientos, y el cuarto describió el propósito en las relaciones con los demás. Estos descriptores representaron las segundas y terceras partes de la definición de CD (Fischer et al., 1991).

Con respecto a la fiabilidad, la SF CDS dada al Grupo A, al Grupo de Recuperación, y al Grupo de Codependientes alcanzó un Alfa de Cronbach de 0,77. La escala, versión de 16-ítems, fue dada a los grupos B y C que obtuvieron Alfa de Cronbach de 0,73 y 0,80 respectivamente. Las medias de los grupos de estudiantes no fueron perceptiblemente diferentes (52,32; 51,55 y 51,99 respectivamente) indicando que la fiabilidad de la escala se mantenía a través de las muestras (Fischer et al., 1991).

Con relación a la validez convergente, como fue pronosticado, los constructos tales como depresión, ansiedad y locus de control externo, correlacionaron positivamente con CD y, la masculinidad y la autoestima lo hicieron negativamente. La variable deseabilidad social parece estar relacionada negativamente. Refutando lo esperado, la feminidad no fue relacionada con CD. (Fischer et al., 1991)

Para establecer la validez discriminante fueron consideradas las siguientes variables: edad, ocupación, renta e integridad de la familia de origen. Las correlaciones confirmaron la hipótesis de que la relación entre dichas variables y CD no fue significativa. Además, como lo predicho las correlaciones revelaron que mayores controles y actividades de recreación y menos apoyo, comunicación abierta y satisfacción, se asociaron a una CD más alta. (Fischer et al., 1991)

Fischer et al. (1991), advirtieron que la muestra de Codependientes auto-identificados fue demasiado pequeña para formar patrones significativos para la escala, demostrando así, cierta limitación en este estudio. Aunque la diferencia entre este grupo y el grupo de Recuperación fue altamente significativa.

## **5.2. El Codependency Assessment Questionnaire**

Potter-Efron y Potter-Efron (1989a) desarrollaron el cuestionario *Codependency Assessment Questionnaire* (CAQ) para determinar en que grado el proceso de la CD ha deteriorado el desarrollo y el funcionamiento normal del individuo. CAQ es un instrumento de evaluación en formato de cuestión cerrada, diseñado para obtener información sobre CD directamente del cliente.

### *La Elaboración de los Ítems*

Para elaborar los ítems Potter-Efron y Potter-Efron (1989a) utilizaron la definición del codependiente como alguien que fue afectado notoriamente de forma específica por la actual o pasada implicación con un alcohólico o dependiente químico; o ha vivido en un ambiente familiar altamente agotador a largo plazo. Los efectos específicos incluyen: a) miedo, b) vergüenza/culpabilidad, c) desesperación prolongada, d) ira, e) negación, f) rigidez, g) deterioro del desarrollo de la identidad, y h) confusión.

El CAQ es un instrumento de auto-informe de 34 ítems, usado como una medida categórica de CD versus ninguna CD. Consta de ocho subescalas (áreas), que buscan determinar los estados cognitivos y afectivos considerados diagnóstico para la CD, según la definición descrita en el párrafo anterior. Cada subescala contiene de tres a seis preguntas, a las cuales el entrevistado contesta “sí” o “no”. (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a; Meyer, 1997; Meyer & Russell, 1998; Stafford, 2001)

Los autores crearon dos tablas. La Tabla I, el Criterio de Evaluación de Codependencia (“*Co-dependency Assessment Criteria*”), proporciona un listado y una explicación de las características más frecuentes encontradas en los co-dependientes, es decir, los efectos específicos. La Tabla II es el cuestionario CAQ en el que cada pregunta es un sondeo paralelo del Criterio de Evaluación enumerado en la Tabla I. De esta manera, la pregunta “1<sup>a</sup>” se refiere al criterio “1<sup>o</sup>” en la Tabla I. De ese modo el primer criterio, el miedo, de la Tabla I está relacionado con las preguntas del primer bloque de la Tabla 2 (e.g.: “¿Te preocupas por los problemas ajenos, especialmente aquellos del usuario de drogas?”, o “¿Intentas mantener las cosas controladas o manipular situaciones de su vida?”), y así consecutivamente. Es necesario un mínimo de dos respuestas positivas en cada segmento de la Tabla II para que esa área sea considerada positiva con respecto a la CD. Por ejemplo, si un cliente contesta sí solamente a la pregunta “1<sup>a</sup>,” éste individuo no presentaría la característica general del miedo. De igual manera, un individuo debe contestar positivamente al menos cinco de las ocho categorías generales para que obtenga una evaluación positiva para la CD. Los autores adoptaron estos criterios para proporcionar directrices coherentes y relativamente prudentes para la evaluación y el tratamiento de la CD. Igualmente, Potter-Efron y Potter-Efron argumentan que es necesario especificar un marco de tiempo al utilizar el cuestionario. (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a)

### *La Fiabilidad y la Validez*

Meyer (1997) y, Meyer y Russell (1998) informaron sobre la fiabilidad del CAQ. Según la investigadora, las fiabilidades del test-retest para cada subescala fueron reportadas en un rango desde 0,53 hasta 0,86, a través de un intervalo cuatrisesemanal; con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,97, indicando un alto grado de fiabilidad de la consistencia interna (McGlone, 1992). De acuerdo con Meyer y Russell (1998), la evidencia de la validez concurrente del CAQ fue demostrada por asociaciones significativas entre el CAQ y la escala de Diferenciación del Self (*Differentiation of Self Scale* - DSS; Olver, Aries, y Batgos, 1989). Los individuos señalados como codependientes por el CAQ se diferenciaron perceptiblemente de los no codependientes ( $p < .001$ ) en el DSS, por el que los codependientes conservan los niveles inferiores de los límites del *yo - los otros*.

Igualmente, Fuller y Warner (2000) y Stafford (2001), informaron que la validez y la fiabilidad del CAQ fueron determinadas por Gotham y Sher, en 1996, quienes divulgaron su Alfa de Cronbach de 0,87. Gotham y Sher examinaron la validez del constructo del cuestionario vía análisis factorial y lo correlacionaron con antecedentes familiares de alcoholismo además de otras medidas más generales de psicopatología y de personalidad. Encontraron que las puntuaciones en esta medida de CD eran perceptiblemente más altas para las personas con antecedentes familiares de alcoholismo, pero esta relación fue explicada en parte por la asociación con otras clases de psicopatología, tales como neuroticismo. Así se plantea la cuestión: ¿la CD es distinta de otras clases más generales de psicopatología?

### **5.3. El Friel Co-dependency Assessment Inventory**

Según la revisión de Springer et al. (1998) el investigador Friel frecuentemente citado en la literatura de CD, escribió ampliamente sobre el tema (Subby & Friel, 1984; Friel, 1985; Friel & Friel, 1987, 1988), y desarrolló el inventario *Codependency Assessment Inventory* (CAI) para el análisis empírico de la misma.

#### *La Elaboración de los Ítems*

El CAI (Friel, 1985), descrito por Springer et al. (1998), se basa en una perspectiva de desarrollo, concentrándose en los síntomas de núcleo aprendidos en la familia de

origen, tal como culpabilidad inadecuada. Es un instrumento diseñado para evaluar el auto-cuidado, los secretos, la auto-crítica, el estancamiento, los problemas con los límites, la familia de origen, la intimidad, la salud física, la autonomía, los sentimientos de identificación, y una excesiva responsabilidad/agotamiento (Springer et al., 1998). Los ítems buscan la tendencia del individuo a pensar más en los demás que en sí mismo, a hacer demasiado por los demás (“hago demasiado por la gente y después me pregunto por qué lo hice tanto”), a evitar conflicto, dificultades en expresar sus sentimientos abiertamente o en decir a otros sobre sus agravios (“cuando alguien lastima mis sentimientos o hace algo que no tengo gusto, tengo una pequeña dificultad en hablarles sobre eso”), y en pedir lo que desea (“encuentro dificultad en pedir lo que deseo”) (Prest et al., 1998). La escala consta de 60 ítems verdadero/falso (con ítems impares puntuando en negativo). Las puntuaciones van de 1 a 60, un punto por cada respuesta verdadera (Springer et al.). Puntuaciones entre 10 y 20 indican problemas leves de CD mientras que las superiores a 45 indican CD muy severa (Stafford, 2001).

#### *La Fiabilidad y la Validez*

Aunque el CAI (Friel, 1985) fue uno de los más citados en los documentos de esta investigación, son pocas las informaciones sobre él. Springer et al. (1998) al investigar sobre este inventario no encontraron suficientes datos sobre su estructura del factor, su fiabilidad, o su validez. Estos autores encontraron una sola investigación relevante sobre la validez de la escala realizada por Clark y Stoffel (1992), donde la CD se correlacionó con una baja autoestima y con un locus de control externo. Conforme Prest et al. (1998) el inventario demostró eficacia para diferenciar tanto las familias funcionales de las disfuncionales en cuanto a los codependientes diagnosticados clínicamente respecto a los controles en las submuestras masculinas y femeninas. A pesar de eso, Fuller y Warner (2000) no lo utilizaron en su investigación por ser muy largo y no tener su fiabilidad y validez evaluadas a fondo. Según Wright y Wright (1991) las altas puntuaciones en ese inventario no fueron asociadas exclusivamente a CD.

Springer et al. (1998), en su investigación, pretendieron clarificar el constructo CD aparte de averiguar la estructura del factor, la consistencia interna, la validez concurrente y discriminante del CAI (Friel, 1985). Seleccionaron 217 estudiantes de psicología (52 hombres y 165 mujeres) con el requisito de ser “pareja de alguien en particular”. El CAI fue correlacionado con las medidas que determinan las dimensiones relevantes de la

personalidad (la autoestima, la timidez, gestión de las impresiones y el locus de control interpersonal), los estilos de apego (seguro, ansioso, y evitante), y las percepciones de las relaciones (conectividad interpersonal, relación empática, cuidado, comprensión, competitividad).

En la investigación de Springer et al. (1998) el CAI demostró una buena consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,87. Para examinar la estructura del factor condujeron un análisis factorial de los componentes del principio con una rotación varimax ortogonal. El examen de los valores del factor rotado no reveló grupos de valores que necesitasen justificación conceptual, por lo tanto fue utilizada la puntuación total en el inventario en los análisis consiguientes. Con relación al género, no fueron encontradas diferencias significativas entre los hombres ( $H = 24,9$ ) y las mujeres ( $M = 26,5$ ) en CD.

Antes de examinar las relaciones entre la CD y las medidas primarias de interés, los investigadores, averiguaron el grado en el que la CD y la autoestima estaban relacionadas. El coeficiente de Pearson reveló una correlación negativa altamente significativa entre la autoestima y la CD,  $r(217) = -0,64$ ,  $p < 0,01$ , indicando que alta CD está asociada a baja autoestima. (Springer et al., 1998)

Según lo presumido por Springer et al. (1998) la CD fue correlacionada positivamente con el estilo de apego ansioso/ambivalente y con el estilo de apego evitante. Además fue encontrada una correlación negativa significativa entre la CD y el estilo de apego seguro. Con relación a la CD y las percepciones de la relación, los resultados apuntaron que la misma no se correlacionó con: conectividad interpersonal, mayor implicación personal en la relación, conectividad privada, conectividad pública, apoyo, cuidado, o tomar la perspectiva de la pareja. La CD fue asociada perceptiblemente a la competitividad. Según la investigación, la única medida positiva de la calidad de la relación concerniente a CD fue la de empatía (emoción-compartida). Además, cuanto más alejada la relación de la ideal más alta la CD. También fue relacionada una CD más alta a mayores reacciones empáticas a las emociones de la pareja (pequeña pero significativa). Respecto a la CD y las medidas de la personalidad los resultados indicaron que CD se correlacionó positivamente con timidez pública y ansiedad social, perceptiblemente con timidez privada, negativamente con gestión de las impresiones y con el locus de control interpersonal. (Springer et al., 1998)

El CAI (Friel, 1985) tiene un alto grado de consistencia interna y no es fácilmente divisible en una pequeña cantidad de factores significativos. Éste fue relacionado con diversas dimensiones de la personalidad y medidas de apego. Los resultados de la

investigación apuntaron que la escala es fiable para evaluar el constructo unidimensional de CD además de proporcionar la evidencia para la validez discriminante para el CAI. (Springer et al., 1998)

## **6. La aplicación de estos instrumentos**

El SF CDS fue utilizado en 22 investigaciones (Arkesteyn, 1995; Atkinson & Fischer, 1996; Bagheri, 2005; Charder, 1996; Cowan et al., 1995; Crothers & Warren, 1996; Cullen & Carr, 1999; Emmett, 1995; Ferrari et al., 1999; Fischer et al., 2005; Fischer et al., 1991; Fuller & Warner, 2000; Galliker et al., 2006; Harkness et al., 2007; Harkness et al., 2001; Harrington, 1995; Hewes & Janikowski, 1998; Irwin, 1995; Lindley et al., 1999; Loughhead et al., 1995; Ridley, 1995; Yearing, 2003), de 1991 a 2007, sobre un total de 4.001 sujetos (en uno de los trabajos no consta el tamaño de la muestra). El tipo de población en 6 de ellas fue exclusivamente de estudiantes (en 4 de las mismas pertenecían al curso de psicología). Asimismo en algunos trabajos una parte de esa muestra tenía otras características como: estar en una relación comprometida, diversos estados civiles y nacionalidad, y ser hijas de alcohólico/no alcohólico.

A su vez, en otros 4 estudios participaron además, familiares de estudiantes (madres y hermanos) y miembros de grupos de autoayuda como Al-Anon y CoDA. Es decir, se llevaron a cabo 10 investigaciones con estudiantes, pero sólo en 7 se especificó la cantidad sumando un total de 1.334 sujetos. Los demás estudios utilizaron muestra únicamente de codependientes en tratamiento o no, dependientes químicos y alcohólicos en tratamiento, familiares de dependientes químicos/alcohólicos, consejeros en prácticas, miembros de grupos de CoDA u otro, madres con o sin hijos, esposas de alcohólicos y no, mujeres trabajadoras y no, trabajadores de un centro de salud mental, médicos, enfermeras y personal administrativo, cónyuge de los pacientes externos adultos dependientes químicos en tratamiento o no, y bomberos paracaidistas.

La franja etaria de las muestras estaba comprendida entre los 12 y 70 años, y en la gran mayoría la edad mínima fue de 18 años. En relación al género, 3 de los trabajos utilizaron sólo muestras femeninas, y en los demás mixtas (1.967 mujeres, 785 hombres y 1.249 mujeres y hombres).

Las variables evaluadas en estas investigaciones fueron: abuso físico, aculturación, ajustamiento personal, alcoholismo parental, angustia psicológica general, ansiedad, apego parental, auto-confianza, autoestima, autonomía, características de hombres y

mujeres, CD (sujeto, materna, paterna, y profesional), centralización en la relación, depresión, trastorno de personalidad (dependiente, evitativa, pasivo-agresiva, histriónico), desarrollo moral de Kohlberg, diferenciación del subsistema (conyugal, madre/hijo, padre/hijo), disfunciones parentales percibidas (alcoholismo paterno, dependencia química de los padres, compulsividad materna y paterna), edad, estilos parentales (apoyo, actividades de recreación, comunicación, control, satisfacción, coerción materna, control, crianza sin *nurturing*), estrategias, estrés o alcoholismo de la familia, eventos estresores (padres alcohólicos, físicamente o mentalmente enfermos), familia de origen, femineidad, género, infancia con padres alcohólicos, locus de control, logro de identidad, masculinidad, negación, orden de nacimiento, pérdida del self, poder percibido, rasgos narcisistas, relaciones, rol familiar, salud de la familia de origen, succorance, toma de decisiones, eficacia del tratamiento en grupo, traumas infantiles, variables demográficas.

El CAQ fue utilizado en 10 estudios (Cowan & Warren, 1994; Fuller & Warner, 2000; Gotham & Sher, 1995; Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006; Meyer, 1996, 1997; Meyer & Russell, 1998; Potter-Efron & Potter-Efron, 1989b, 1989c; Teichman & Basha, 1996), de 1989 a 2006, donde la muestra total fue de 1.827 sujetos (en 2 trabajos no consta el tamaño de la muestra). Los estudiantes fueron la gran mayoría de la población, un total de 1.590, que fueron utilizados en 8 investigaciones (hijo de alcohólico o no, con historia de evento estresante crónico, codependiente o no), de las cuales, 4 eran de estudiantes de psicología. En las demás se utilizaron como sujetos: madres de los estudiantes, codependientes que vivieron o viven con alcohólico/adicto o situaciones familiares estresantes, dependientes químicos en tratamiento residencial y ambulatorio. Con relación al género de las muestras los estudios fueron realizados tanto en hombres cuanto en mujeres (1.205 mujeres, 570 hombres y 52 no identificaron su sexo). Tres investigaciones fueron realizadas exclusivamente en mujeres, 1 solo en hombres y 6 muestras mixtas. La franja etaria fue de 18 años y más (edad media alrededor de 24 años).

Fueron investigadas las variables: "diferenciación del self-other", "distorted self-other boundaries", eventos estresores (abuso físico y emocional, prolongada enfermedad de un familiar, divorcio y nuevo matrimonio de sus padres, y enfermedad mental de un familiar, padres alcohólicos, físicamente o mentalmente enfermos), CD del individuo y de la madre, personalidad, trastorno de la personalidad (límite, dependiente), psicopatología, trastorno alimentario, distorsiones cognitivas. separación/individuación de los padres, percepción de las relaciones familiares, evaluación del tratamiento de cd, rasgos de género, y orden de nacimiento.

El CAI fue utilizado en 7 investigaciones de 1991 a 2003 (Aday, 1995; Clark & Stoffel, 1992; Holloway, 1999; Parker, Faulk & LoBello, 2003; Prest et al., 1998; Springer et al., 1998; West-Willette, 1991). La muestra fue compuesta por 546 sujetos (en 1 trabajo no consta el tamaño de la muestra), donde 282 eran estudiantes de Terapia Ocupacional, Documentos Sanitarios, Psicología, Enfermeras, y, universitarios parejas de alguien. Los otros sujetos fueron hombres con familiares dependientes químicos o no; con familiares dependientes químicos en programa del CoDA o no; de padre y madre caucásicos, padres o madres alcohólicos, en recuperación de no mínimo 1 mes con sus cónyuges y sin historia de trastorno alimentario, Abuso de Sustancia, adictos a juego de azar, relaciones abusivas, inestabilidad emocional grave, y, no haber recibido educación, formación o terapia en relación a CD; mujeres víctimas de abuso doméstico con o sin abuso de drogas; mujeres y familiar alcohólico. Estas investigaciones fueron realizadas en 238 hombres, 243 mujeres y 65 no identificaron su sexo. La franja etaria fue de un 40% de 18 a 29 años, un 22% de 30 a 50 años, un 5% de 19 a 51 años y un 33% era de 18 a más viejos.

Las variables investigadas a través del CAI fueron: alcoholismo, CD, autoestima, locus de control, orientación elección profesión, género, control interpersonal, estilo de apego (ansioso, evitante y seguro), gerencia de la impresión, locus de control interpersonal, percepciones de las relaciones (competitiva, comprensiva, cuidadosa, empática y conectividad interpersonal), timidez, disfunción Familiar, control y tendencia contraproducente.

Elaboramos una Tabla sintetizada (Anexo 6) de todas las investigaciones encontradas en este Análisis Bibliométrico con estos tres instrumentos, donde están descritos las variables investigadas, los resultados, la población investigada, el autor o los autores de la investigación y la fecha de la investigación. Realizamos también una tabla con la cantidad de investigación realizada en cada variable y el porcentaje de concordancia entre ellas (Anexo 6.1) A continuación agrupamos las variables investigadas en tres grupos: 1) Los hallazgos de los investigadores indican que existe relación entre la CD y las variables investigadas, 2) Los investigadores no encontraron relación entre la CD y las variables investigadas, y 3) Los resultados de las investigaciones realizadas entre la CD y las variables investigadas, son contradictorios.

1. Los hallazgos de los investigadores indican que existe relación entre la CD y las variables investigadas siguientes:

- a) Dimensiones y Trastornos de la Personalidad: agradabilidad, ansiedad, ansiedad social, autoconfianza, autoestima, concientización, compulsividad del codependiente, depresión, diferenciación del *Self-other*, distorsión cognitiva, distorsión de los límites del *Self-other*, distrés psicológico, expresión de afectividad, extraversión, hostilidad, idealización paranoide, locus de control, locus de control interpersonal, narcisismo, neuroticismo, dimensión obsesivo-compulsiva, psicoticismo, quejas somáticas y somatización, tendencia contraproducente, timidez (pública y privada), trastornos alimentarios, trastorno de la personalidad, trastorno de la personalidad evitativa, trastorno de la personalidad pasivo-agresiva, trastorno de la personalidad Límite.
- b) Dinámica del sistema familiar: apego parental, CD de los padres, compulsividad materna, diferenciación de los subsistemas, divorcio y nuevo matrimonio de los padres, enfermedad y estrés familiar, madre/hijo y padre/hijo, disfunción familiar, estilo parental (apoyo, actividades de recreación, comunicación, control, satisfacción), estilos parentales (coerción materna, control, crianza sin *nurturing*<sup>11</sup>), logro de tarea familiar, rol familiar, salud de la familia de origen, separación del vínculo paternos.
- c) Dinámica del sistema de pareja: centralización en la pareja, compulsividad de las parejas, diferenciación del subsistema conyugal, estilo de apego (narcisista, ansioso, evitante, seguro), percepción de las relaciones (empatía a las emociones de la pareja), rol conyugal.
- d) Habilidades sociales: dificultad de comunicación, involucramiento emocional, disfunción social, gerencia de la impresión, negación y negligencia con sus propios problemas, uso de estrategias.
- e) Otras variables: CD profesión, evaluación y eficacia del tratamiento para la CD y la dependencia química, pérdida del Self, poder percibido, religión, resiliencia, sensibilidad interpersonal, *Succorance*<sup>12</sup>, valores y normas.

2. Los investigadores no encontraron relación entre la CD y las variables investigadas siguientes:

- a) Personalidad: autonomía emocional, desarrollo moral de Kohlberg, logro de identidad.

---

<sup>11</sup> <http://dictionary.reference.com/browse/nurturing>

<sup>12</sup> Succorance: the act of seeking out affectionate care and social support.(Dictionary.com Unabridged (v 1.1))= El acto de buscar la atención afectuosa y el apoyo social. <http://dictionary.reference.com/browse/succorance>

- b) Dinámica del sistema familiar: compulsividad paterna, orden de nacimiento, percepción de la relación familiar.
- c) Dinámica del sistema de pareja: percepción de las relaciones (competitiva, de cuidado, interpersonal conectividad).
- d) Habilidades sociales: aculturación, elección de la profesión.

3. Los resultados de las investigaciones realizadas sobre la relación entre la CD y las variables investigadas son contradictorios:

- a) Personalidad: trastorno de la personalidad dependiente.
- b) Dinámica del sistema familiar: alcoholismo y dependencia química en la familia de origen, CD de la madre, abuso físico.
- c) Otras variables: edad, género

## **7. El uso de los instrumentos en España**

De acuerdo con los documentos estudiados no se encontraron informaciones sobre las formas adaptadas en España de los instrumentos citados. Aunque, se encontró información sobre la existencia de una adaptación experimental al castellano del Cuestionario de Codependiente (CdQ de Roehling & Gaumont, 1996) realizada por Sirvent y Martínez (2000) para uso exclusivo de su investigación (Sirvent, 2000).

## **8. Discusión, conclusiones e implicaciones**

El trabajo cubre 433 documentos publicados en PsycINFO en el período de 1981 a octubre de 2008. Es importante observar que estos resultados reflejan el momento en que fue realizado este estudio, por eso hay que considerarlos con prudencia ya que esta BD es actualizada constantemente.

Según los resultados de este estudio, podemos concluir que el interés por el tema de la CD surgió en principios de los ochenta. A finales de los 80 hay un crecimiento de la productividad con respecto al tema, cuyo máximo se consolida entre 1991 y 1996, desde ahí ha bajado dos tercios de su productividad hasta estabilizarse en la década siguiente. De la década del 90 a la del 2000 la productividad pasó de un promedio de 30 publicaciones anuales a sólo 13.

Con relación a la evolución de los tipos de documentos publicados, podemos deducir que los primeros trabajos durante los primeros 9 años, parecen haber causado gran

impacto e interés en el medio científico, que respondió en los siguientes 10 años con la mayor productividad de estos 28 años analizados: un 70%, dos tercios de las publicaciones existentes en PsycINFO hasta hoy. Tales publicaciones consisten en 144 artículos, 86 tesis, 38 capítulos y 35 libros. Es sabido que tanto las revistas como las tesis doctorales son los medios que presentan los temas de la actualidad y donde se circula más rápido la nueva información. Por lo tanto la evolución de los tipos de documentos indica que la CD es un concepto nuevo que todavía no está muy presente en los textos. Consecuentemente, como un tema novedoso tardará algunos años para que aparezcan en más libros. Asimismo, con el tiempo las mismas informaciones empezarán a configurarse en ellos.

A nivel geográfico, sobresale la marcada participación de EE.UU., lo que indica que posee una mayor trayectoria en el estudio de CD. Este es el primer país que publica sobre el tema, en 1981, con un discreto y constante aumento hasta 1990, cuando la producción se incrementa vertiginosamente hasta 1999. A partir de ahí empieza a disminuir, pero es constante y se mantiene. Los EE.UU. son seguidos por Canadá, que lo hace una década más tarde, con un bajo pero constante patrón de publicaciones hasta el momento, siendo el tercer país que más produce. Australia es el segundo país en productividad y el tercero en empezar a publicar, en 1993, haciéndolo dos años después que Canadá. Israel (1996) y Francia (1997) son los siguientes países en publicar, y lo sigue haciendo esporádicamente. Algunos países como Finlandia (1994), Italia (1997), Irlanda (1999) hicieron una única publicación. Cabe comentar también los aportes de otros países que empezaron a publicar más recientemente como México y China (2002), Colombia (2003), Alemania, Dinamarca, India (2004), Suiza (2006), Japón y Reino Unido (2007).

En cuanto a la colaboración entre los autores, aparte de las tesis que naturalmente son de un único autor, parece ser que existe una gran tendencia a producciones individuales y en un menor grado en parejas. Esta última tuvo inicio en 1986. Mientras que son escasas las colaboraciones entre 3 a 6. Observando que las colaboraciones entre 10 y 11 autores parecen haber sido muy puntuales y proceden del ámbito médico (Universite Victor Segalen Bordeaux 2, Unite de Prevention et d'Aide au Sevrage Tabagique, Hopital Pellegrin, Hopital Haut-Leveque; Groupe D'Epidemiologie Clinique du SIDA en Aquitaine. Bordeaux, France) y otro de un centro de estudios farmacodrogadependientes (Centro Studi Farmocotossicodipendenze, Substance Abuse Service, Azienda Unita Sanitaria Locale, Parma, Italy), respectivamente. Escasea también la colaboración entre

autores a nivel internacional ya que solamente se producen un documento con esta condición en 2004 (entre Canadá e Israel) y otra en 2006 (entre Alemania y Suiza).

Con relación a la productividad de los autores, cabe señalar que gran cantidad de ellos participa de forma esporádica en la investigación sobre el fenómeno, mientras que son escasos los autores que podrían considerarse moderados y pequeños productores siguiendo a los autores Cole y Cole (1973).

Institucionalmente hablando, aunque las primeras publicaciones en el tema surgieron en el área clínica (los centros de recuperación de adicción en sustancias y en consultas privadas), hasta estos momentos la producción de estas instituciones son de unos escasos 14,3% (92 firmas). Los centros educacionales y primordialmente las universidades son los grandes productores que con casi tres cuartos de las publicaciones sobre CD, se han dedicado a investigar y publicar sobre el tema. Es interesante observar que el autor con más trabajos, Greg Dear, está vinculado a una universidad australiana.

Al analizarse la producción de las universidades a lo largo del tiempo, se observó que la U. California (San Francisco, EE.UU.) fue la primera en publicar sobre CD con un artículo de uno de los autores considerados pioneros en el tema, y el segundo más citado, Timmen Cermak, en 1986. No obstante, la última publicación de dicha universidad registrada en PsycINFO, que data de 1998. Las segundas universidades en publicar, en 1987, fueron la U. of New Mexico con un artículo de William R. Miller y la U. Minnesota Medical School (Minneapolis, EE.UU.) con dos artículos (uno de Eli Coleman y otro de Sondra Smalley. Pese a que la literatura de CD relata que el término surgió en centros de tratamiento de dependencia química en Minnesota (Beattie, 1987/1998), la U. Minnesota solo publicó tres trabajos: esos dos y otro en 1988. La U. of New Mexico tampoco volvió a publicar otro trabajo sobre el tema hasta la fecha.

En las universidades con más actividades se hallan también los autores más productivos, coincidiendo casi totalmente los aportes de éstos con las contribuciones institucionales (*Texas Tech University*, J. Fischer; *Boise State University*, D. Harkness; *Edith Cowan U.*, G. Dear, *Kent State U.*, D. Martsolf; *U. California*, T. Cermak; *U. Colorado*, L. Irvine; *U. North Dakota*, P. Wright; *University of Texas*, S. Allison – sus trabajos sitúan esta universidad en la cuarta posición en el ranking de las más productivas; *Curtin U.*, C. M. Roberts).

Al analizar la producción de las revistas a lo largo del tiempo, se observó que curiosamente las primeras revistas vanguardistas (*School Psychology International* con una aportación, en 1981, y el *Journal of Homosexuality* con dos aportes, en 1982) no

volvieron a publicar sobre el tema. El *Journal of Psychoactive Drugs*, fue el tercero en publicar con dos artículos de referencia para la literatura. Un de T. Gierymski y T. Williams intitulada “Codependency”, donde los autores expresaban un cierto escepticismo con relación al concepto; y otro de T. Cermak, intitulada “Diagnostic criteria for codependency” donde el autor discute que la CD puede ser definida dentro de los criterios del DSM y propone un criterio de diagnóstico para la misma al estilo del DSM. Este último artículo ha sido uno de los más citados en las publicaciones sobre el tema. Esta revista es también una de las que más publican sobre el tema.

La revista *Alcoholism Treatment Quarterly* es la que se destaca como la más productiva y se mantiene constante en sus contribuciones. Esta revista fue la cuarta revista en publicar sobre CD en PsycINFO, en 1987, y lo sigue haciendo desde entonces. Su primer artículo en el tema trata de un tratamiento que busca romper la transmisión entre generaciones del disfuncional sistema familiar codependiente, dirigido a las mujeres codependientes. Se trata de una revista trimestral que ofrece artículos específicamente relacionados con el tratamiento del alcoholismo, destacando nuevos e innovadores enfoques para la atención clínica, describiendo los problemas, las soluciones, detallando prácticas, enfoques singulares a la intervención y a la terapia.

Además, todos los documentos analizados son publicados exclusivamente en inglés, a excepción de las revistas que son publicadas en 6 idiomas, siendo que un 96,2% está en inglés. Eso parece estar relacionado sin duda al hecho de que las revistas que más publiquen sobre el tema sean editadas en EE.UU. Los 3,8% de idiomas restantes son un 1,3% en español en francés y alemán un 0,84% cada uno, en chino y japonés un 0,4% cada uno. Otros factores que puede tener influencia es el hecho de que el fenómeno tuvo su origen en Estados Unidos y la gran mayoría de los trabajos procedieren de allí.

En el resultado del análisis de las palabras claves, como era de esperarse, el descriptor CD y sus correlacionados resaltó de entre todos. Las siguientes que se destacaron fueron: alcohol, familia, tratamiento, *self*, mujer, personalidad, relación familiar y de pareja. Todos estos temas coinciden con los contenidos de la literatura sobre el fenómeno existente fuera de la BD. No obstante, se observa que hasta el momento no hay un interés puntual sobre las CRPS del adolescente y del joven relacionadas con CD.

Con relación a la clasificación, 7 categorías acaparan un 54,4% de las ocurrencias. Ellas hacen referencia a la drogadicción, a la salud y la salud mental, aspectos y trastornos psicológicos, y terapia de familia y grupo. Esto coincide con el análisis realizado de las palabras claves.

El análisis de las metodologías mostró que más de tres cuartos de los estudios analizados utilizaron el estudio empírico seguida al cuantitativo. Este hecho llama la atención, debido a que una de las mayores críticas al constructo es su falta de estudio empírico. Este alto índice de ocurrencia demuestra que los investigadores tienen creciente interés en desarrollar investigaciones con suficiente rigor científico para prestar credibilidad al constructo y aportar datos fiables a la teoría.

Se observó que los estudios utilizaron un 88,1% de muestra de edades que son mayores de 18 años, siendo el 11,3% con jóvenes de 18 a 29 años. Consiguientemente estos resultados indican que existe un vacío en investigaciones con individuos más jóvenes. Por lo tanto, es interesante hacer más estudios con la categoría adolescente, ya que en edades tempranas se puede intervenir en futuros problemas de conductas en la adolescencia y juventud.

En el análisis de los instrumentos más citados (SF CDS, CAQ y CAI) destacamos a continuación las variables que marcan tendencia en las investigaciones realizadas sobre CD hasta el momento de la presente tesis. Además, observamos que algunas variables todavía no tienen resultados corroborados por otros estudios, mientras que otras ya fueron corroboradas en más de un estudio. Entre dichas investigaciones destacamos: a) están relacionadas con CD: ansiedad 3 estudios, autoestima 5 estudios, CD de los padres 2 estudios, depresión 3 estudios, disfunción familiar 5 estudios, enfermedad y estrés familiar 5 estudios, locus de control 2 estudios, locus de control interpersonal 2 estudios, separación de los vínculos paternos 2 estudios, trastornos alimentarios 3 estudios; b) existen divergencias sobre si están relacionadas o no: abuso físico 4 estudios y en 75% sí existe relación, alcoholismo parental 11 estudios y en 73% no existe relación, CD de la madre 2 estudios y en 50% sí existe relación, dependencia química familiar 5 estudios y en el 60% no existe relación, edad 3 estudios y en 66% sí existe relación, género 9 estudios y en 78% no existe relación, y trastorno de la personalidad dependiente 2 estudios y en 50% no existe relación.

En los últimos 30 años el interés sobre el tema ha tenido su apogeo y su caída, sin embargo no sólo no se ha abandonado, sino que se ha mantenido estable en los años más recientes.

Indudablemente estamos delante de un fenómeno psicológico intrapersonal e interpersonal novedoso que afecta el bienestar emocional, físico y profesional de millares de personas. Los comportamientos codependientes hacen al individuo vulnerable a desarrollar otros múltiples problemas como: Abuso de Sustancia, depresión, desórdenes

alimenticios, enfermedades causadas por el estrés y situaciones de riesgo (como por ejemplo: involucrarse en relaciones disfuncionales y destructivas). En este punto es interesante reflexionar acerca de la naturaleza causal y progresiva de la CD: ¿Es la adicción la causa de la CD, como algunos autores vienen defendiendo? o ¿Es la CD que va a generar, en su proceso de interdependencia, la progresión hacia la adicción, dependencias relacionales, trastorno y enfermedad, según argumentan otros expertos?

El hecho de que el individuo codependiente tiene afectada la esfera de las interrelaciones, el rendimiento laboral y la actividad psíquica general, y el carácter generacional de la CD, hace que ésta deba ser vista desde un paradigma *biopsicosocial*. Este concepto multidimensional requiere ser estudiado con un abordaje integral.

El interés científico del área de la salud mental sobre el fenómeno CD, viene aumentando en las últimas décadas desde su surgimiento en los años 70, en el campo de la dependencia química; saltando del contexto de los libros de auto-ayuda, grupos de apoyo de recuperación (Codependientes Anónimos – CoDA), y las consultas privadas al contexto empírico; quizá impulsado por la creciente demanda popular, que se siente identificada con tal fenómeno. Es cierto que los expertos en CD trabajan para llegar a una operativa definición conceptual, así como instrumentos fiables para medirla, proporcionando de esa manera medios para pronosticarla, diagnosticarla, e incluso prevenirla en las poblaciones de riesgo. Este es un campo de incuestionable interés y posibilidades para clínicos y teóricos. En la investigación aplicada se hace necesaria la existencia de instrumentos adecuados de medida, válidos y fiables, que puedan ser utilizados en la evaluación de este complejo constructo. La SF CDS (Fischer et al., 1991), el CAQ (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989) y CAI (Friel, 1985), dentro del extenso espectro de instrumentos existentes en la literatura del constructo CD son los que mayor coherencia teórica y metodológica han demostrado según los investigadores. Cabría ahora que los investigadores españoles los adaptaran a la lengua española, para ser utilizados en futuras investigaciones psicológicas empíricas, lo que aportaría una mayor comprensión del fenómeno CD y a su vez viabilizaría intervenciones psicosociales formativas o modificadoras.

## **9. Limitaciones y dificultades del estudio**

López López (1996) en su revisión de la literatura sobre este método resalta unas cuantas críticas y limitaciones. En este trabajo compartimos con este autor algunas de

ellas: a) aunque se tiene como indicador el número de trabajos publicados no se debe considerar que todo el conocimiento científico se halla en estos trabajos y que ellos contienen igual proporción de conocimiento sobre el tema, b) los documentos son apenas una pequeña parte de la actividad investigadora y las conclusiones de este tipo de análisis son de un limitado alcance, c) el recuento de las publicaciones no nos da una idea de su calidad e ignora otros canales de comunicación informales.

Con estas críticas destacamos como limitaciones de nuestra investigación, la necesidad de enfatizar que este trabajo no pretende generalizar los resultados y no permite evaluar la representatividad de la muestra en cuanto a un universo potencial sobre CD. Es posible encontrar divergencia entre los resultados reportados en este trabajo y lo que se puede encontrar potencialmente revisando la literatura mundial sobre este tema en otras bases o en otro periodo de tiempo.

También es importante considerar que se analizó una única Base de Datos y su origen es norteamericano por lo que este factor también puede estar influyendo en los resultados.

Como dificultades del estudio, resaltamos los problemas encontrados con relación al recuento de trabajos por autores, debido a normas de las diferentes revistas o base de datos u otro motivo, el mismo autor puede figurar alfabetizado por letras distintas o con apellidos distintos (en el caso de aquellos que tengan por ejemplo más de un apellido o un nombre compuesto o aun mujeres que adoptan otro apellido cuando casadas), a parte de los errores de grafía. Lo mismo problema fue encontrado en el recuento de las citas. En este punto el recuento en nuestra investigación fue realizada con un análisis minucioso por parte de la investigadora. Por ello es posible encontrar divergencia entre los resultados aquí reportados.

Otra dificultad encontrada fue el recuento de las palabras claves que en los primeros documentos recopilados presentaba una forma diferente (frases y expresiones al envés de palabras) de los documentos actuales siendo necesario la categorización para adecuarlos al sistema de palabras claves. De ese modo, cabe la posibilidad de encontrar divergencias en este análisis.



## Capítulo IV

### **ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE LA CODEPENDENCIA Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL DE LOS JÓVENES BRASILEÑOS**

En función de lo expuesto en los capítulos teóricos, en el presente capítulo describiremos el desarrollo de las hipótesis de trabajo, presentaremos la metodología describiendo los procedimientos para la selección de las variables investigadas, y para la selección y descripción de la muestra. A continuación indicamos el diseño de la investigación aplicada, los instrumentos utilizados para la valoración de las variables, y el procedimiento para la elaboración y análisis de los datos. Cabe recordar que el Cuaderno de instrumentos (Anexo 7) está expuesto en el apartado Anexos de esta tesis.

#### **1. Desarrollo de las hipótesis de trabajo**

- H1. La disfunción familiar será una variable significativa en los jóvenes codependientes.
- H2. Las variables género, edad, renta familiar, escolaridad, religión, no estarán relacionadas significativamente con la codependencia de los jóvenes codependientes.
- H3. La muestra de jóvenes brasileños con problemas de conducta presentará mayores índices de codependencia que los jóvenes deportistas.
- H4. Los jóvenes con altas puntuaciones de codependencia presentaran características psicológicas diferenciadas respecto a los de baja puntuación según los aspectos evaluados a través de SF CDS (extrema atención fuera de sí mismo, dificultad para expresar sentimientos y significado personal derivado de las relaciones con los otros) y CAQ (miedo,

vergüenza/culpabilidad, desesperación prolongada, ira, negación, rigidez, deterioro del desarrollo de la identidad y confusión).

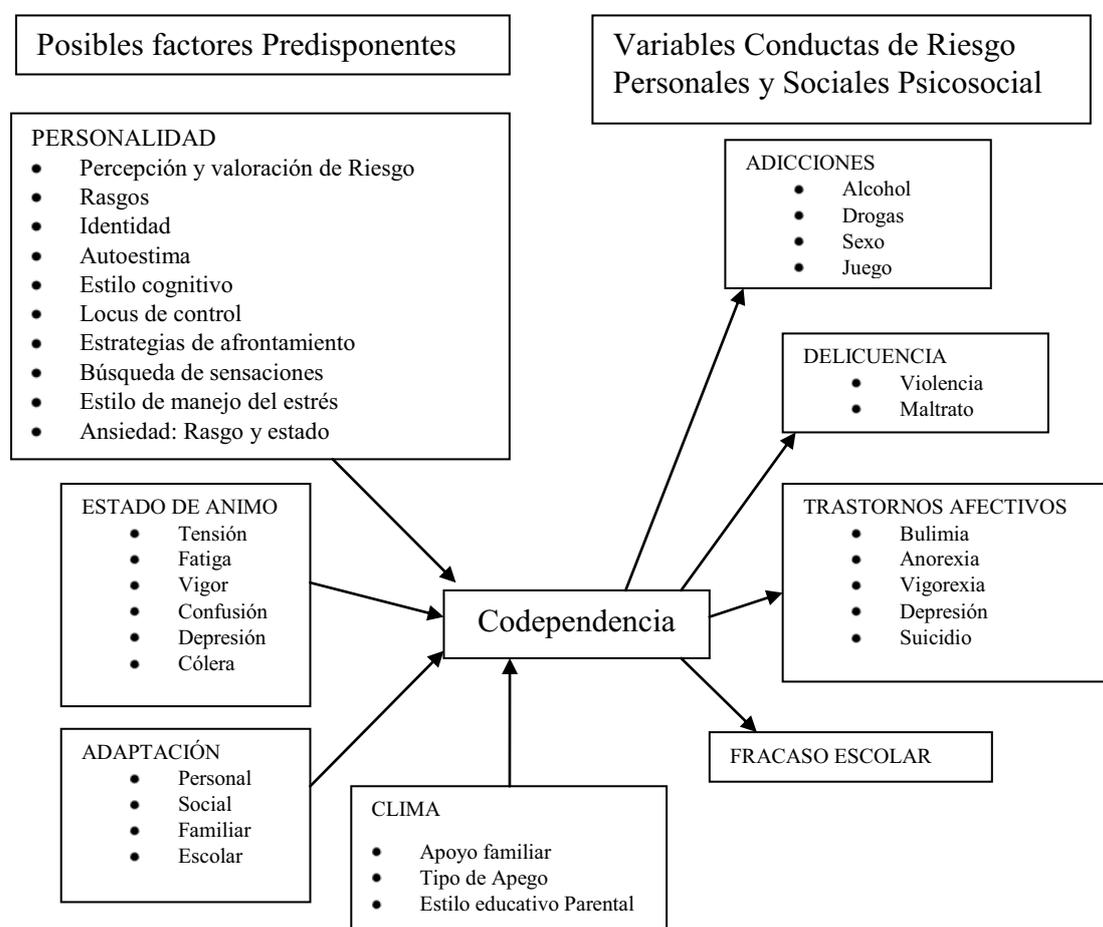
- H5. Los jóvenes con altas puntuaciones de codependencia presentaran problemas con Abuso y Dependencia de Sustancia y Trastorno de Conducta.
- H6. Los jóvenes deportistas presentaran menor índice de codependencia y problemas con Abuso y Dependencia de Sustancia y Trastorno de Conducta.

## 2. Metodología

### 2.1. Procedimiento para la selección de las variables investigadas

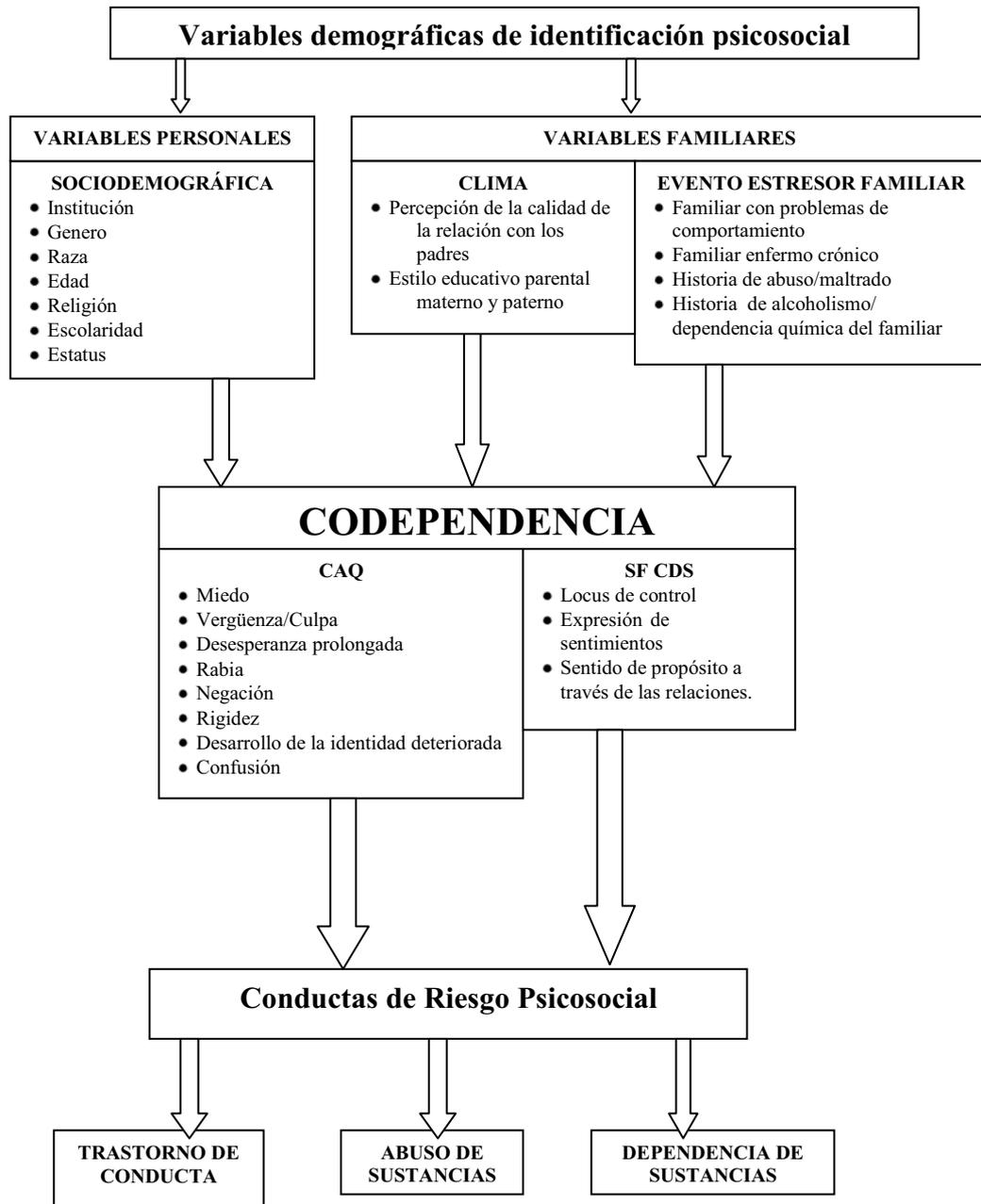
Tras la revisión de la literatura procedimos a seleccionar las variables resultantes de esta revisión. Pensamos y elaboramos el esquema inicial (Figura 16, representando, por un lado, los factores personales y psicosociales que podrían predisponen a la CD y, por otro lado, las probables consecuencias de este fenómeno.

Figura 16. Codependencia: Posibles factores predisponentes y consecuencias.



A continuación, al definir con exactitud el objeto de la investigación, la población a investigar y los instrumentos a aplicar, elaboramos un nuevo esquema representado en la Figura 17.

**Figura 17. Codependencia: factores predisponentes y consecuencias evaluados en la investigación realizada.**



Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

## 2.2. Procedimiento para la obtención, selección y descripción de la muestra

Con el deseo de investigar la relación de la CD en las CRPS de los adolescentes, se reunió con el *pró-rector de Planejamento e Desenvolvimento* de la *Universidade Federal de São João del-Rei* (UFSJ) para acceder a los adolescentes participantes de los proyectos de la universidad. La muestra de los casos serían los participantes del *Consórcio Social da Juventude Caminhos da Estrada Real*, de la ciudad de SJDR, que constaba de alrededor de 600 jóvenes. A continuación se realizó una reunión con la psicóloga responsable del Consórcio, quien comunicó que no sería posible utilizar tal muestra porque las clases habían terminado el curso de aquel año. No obstante, se derivó una reunión con la asistente social, técnica de la *Secretaria de Desenvolvimento Social e Esporte* (SEDESE), responsable de un proyecto de reinserción de adolescentes infractores cumpliendo medidas socioeducativas. También se reunió con el coordinador general de APADEC.

De este modo, para llevar a cabo la investigación de la problemática planteada con los adolescentes en la ciudad de SJDR, decidimos por un universo de la investigación constituido por jóvenes de ambos sexos, de edades entre 14 a 19 años que estén cumpliendo medidas socio-educativas por actos infractores en el periodo 2007-2008, y los adolescentes ingresados para tratamiento de dependencia química en el centro de tratamiento APADEC, residentes en una ciudad del interior de Brasil con una población de 80.000 habitantes.

Para la muestra de control, elegimos los adolescentes deportistas. A través de la técnica de SEDESE, contactamos la representante de la Secretaria Municipal de Desarrollo Social del *Centro de Referência de Assistência Social* (CRAS). Una vez explicado el objetivo de la investigación, la representante de la Secretaria nos refirió al responsable de la Secretaría de Articulação, que nos dirigió con al secretario del *Departamento de Esporte*. Tras una reunión con este secretario, se realizó una reunión con los responsables de las diversas instituciones deportivas. Contactamos con: el responsable y entrenador del equipo de atletismo de la *Associação de Corredores de Rua de São João del-Rei*; el entrenador del equipo de fútbol *mirin, pre-mirin*, infantil y juvenil del *Guarani Esporte Clube*; los responsables del grupo de Hip Hop, *Jovens na Ativa*; los responsables del grupo de teatro *Núcleo Cultural Brasil é Arte*.

Decidido el universo de la investigación, redactamos un proyecto de pesquisa con los adolescentes dirigido a la UFSJ, teniendo como co-orientador al Prof. Geraldo Luiz

Oliveira de Resende, con el objetivo de reclutar estudiantes de psicología en prácticas para auxiliar en el proceso de reclutamiento y aplicación de los instrumentos en los sujetos (Anexo 8). De igual manera, redactamos un requerimiento de Prácticas supervisadas en Pesquisas (Anexo 9).

Paralelamente, llenamos y enviamos el formulario de solicitud a la *Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* (CEPES) (Anexo 10).

Por otro lado, enviamos una correspondencia de presentación de la doctoranda y del proyecto, junto a una solicitud al Director Regional de la SEDESE, para acceder a los archivos constituidos a partir del trabajo realizado con los adolescentes infractores, dirigidos por la asistente social, técnica de SEDESE (Anexo 11). Una vez obtenida la autorización (Anexo 12), procedimos a recolectar información referente a los adolescentes, con el objetivo de conocer el panorama y seleccionar aquellos que deberían ser convidados a participar de la investigación. Confeccionamos una relación de los jóvenes a ser contactados, contactando telefónicamente con todos aquellos que tenían los medios. A los menores de 18 años les fue solicitado a sus padres que los acompañasen para firmar la autorización de la participación de su hijo.

Paralelamente y acto seguido al contacto realizado con los responsables de las instituciones deportivas, enviamos a sus presidentes las solicitudes de colaboración y de permiso para contactar con los adolescentes participantes (Anexo 13). Igualmente, fueron enviadas solicitudes de permiso para la participación en la investigación a los padres o responsables de los menores que accediesen a participar del estudio (Anexo 14).

La aplicación de los instrumentos a los jóvenes SEDESE, fue realizada por una parte, en una sala de conferencia de la sede, y la otra en instalaciones del *campus Dom Bosco* de la UFSJ (despacho del Prof. Geraldo, para aplicación individual, y en aula que no estaba siendo utilizada en el momento para la aplicación en grupo). Además, para las aplicaciones dividimos los jóvenes en grupos según sus barrios, concertándolas para las citas en días diferentes, evitando así que se encontrasen miembros de pandillas rivales.

La aplicación de los instrumentos de los jóvenes deportistas fue en salas de aula del *campus Santo Antônio* de la UFSJ, en un salón dispuesto por el presidente de la Associação dos Corredores, y en el salón de entrenamiento de baile del grupo “Jovens na Ativa”.

Las aplicaciones a los adolescentes del club de fútbol, que serían realizadas en sus instalaciones, no fueron realizadas porque todas las citas concertadas fueron canceladas ya que los equipos participaban en un campeonato. Similarmente, las aplicaciones con los

jóvenes del grupo teatral, tampoco fue posible de concretar, porque ellos se encontraban, en ese momento cubriendo sus compromisos, no estando disponibles para hacer la aplicación.

Para aplicar los instrumentos procedimos de la siguiente forma: cuando era en grupo, la investigadora en conjunto con algunas estudiantes en prácticas entregaron a cada uno de los participantes un cuaderno de instrumentos (Anexo 7), conteniendo una hoja de portada, una hoja de índice, el cuestionario demográfico, el cuestionario CAQ, la escala Spann-Fischer, los criterios de diagnósticos para Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia. Explicamos a los participantes el objetivo, el carácter de confidencialidad y voluntariedad del estudio. Después de certificar que todos los menores obtuvieron el consentimiento de sus padres, un acuerdo de términos y el consentimiento (anexado posteriormente, una vez devueltos los cuestionarios cumplimentados), procedimos a la aplicación de los instrumentos: cada cuestionario se leía en voz alta y explicamos cada pregunta a los participantes, para evitar que no se entendiera bien alguna cuestión.

### **2.3. Diseño de la muestra**

En este estudio utilizamos un muestreo no probabilístico intencional según los criterios fijados por el investigador. La muestra estaría compuesta por 200 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 14 a 19 años. Tales jóvenes deberían estar en situación de riesgo (es decir, en situación de vulnerabilidad social, financiera y familiar sujetos a adquirir comportamientos delincuentes, abuso y dependencia de sustancia) y pertenecer al nivel socioeconómico menos favorecido. De estos jóvenes, 100 cometieron algún acto infractor y que están cumpliendo medidas socioeducativas en el Proyecto “CreSer”. Los otros 100 están inscritos en programas de asistencia social, asociaciones y grupos de actividades deportistas dirigidas a jóvenes en situación de riesgo. Los sujetos no deberían ser portadores de problemas físicos o psíquicos graves, no tener historia de problemas psiquiátricos, no tener deficiencia cognitiva relevante, no haber pasado por tratamiento para CD, estar alfabetizado, no ser y ni haber sido estudiante universitario, no poseer título universitario.

Según estos criterios fueron contactados 96 (93 infractores y que estaban cumpliendo medidas socioeducativas; 3 infractores recién ingresados en el centro de tratamiento para dependencia química) para la muestra de caso. Para la muestra de control, contactamos 100 adolescentes que hacían actividades deportistas en las instituciones y asociaciones

citadas arriba. Los contactos iniciales con los jóvenes cumpliendo medidas socioeducativas fueron hechos por teléfono por la investigadora y algunas estudiantes en prácticas; con los jóvenes de las demás instituciones, a través del responsable de cada una de ellas. A todos y cada uno (adolescentes, padres y responsables) les fue explicada la naturaleza y el objeto de la investigación, y la condición de voluntario. Además, a los jóvenes cumpliendo medidas socioeducativas, les fue ofrecido un certificado de participación (Anexo 15) por parte de la investigadora y también puntos en su proceso por parte de la institución SEDESE.

A pesar de que fueron reclutados 196 adolescentes, accedieron a participar en la investigación solamente un total de 53 adolescentes (29 infractores y 24 deportistas) (Véase la caracterización de la muestra en la página 207, Tablas 24 y 25). Los jóvenes infractores no participaron de la investigación por diferentes motivos (20 no se presentaron a la cita, 5 estaban viviendo en otra ciudad, 6 estaban trabajando, 1 estaba en la mili, 3 estaban en la cárcel, 1 estaba muerto, 1 estaba ingresado en una clínica de recuperación de dependencia química y a los otros 27 no fue posible localizarles porque los números de teléfonos no funcionaban). En el grupo de los adolescentes deportistas, hubo una gran negativa en participar por parte de los jóvenes mayores de 15 años, que eran casi el 70% del grupo.

Acreditamos que la negativa en participar se debe a diversos factores: primero, considerando la edad en que se encuentran (adolescencia); segundo, pueden desconfiar de los adultos, personas extrañas, la imagen que tienen de un psicólogo (un poco videntes, podría descubrir sus secretos más ocultos); tercero, el tema CD y CRPS puede llevar a asociaciones de pensamientos como dependencia química y actos infractores, y nuevamente puede provocar recelo y desconfianza entre los jóvenes que están o pueden estar involucrados con drogas o con personas que sí lo están; y por último, hay que considerar que son jóvenes en situación de riesgo, y que debido al actual contexto social (vistos en el apartado 8.1.) en que estos adolescentes están insertados (pandillas, drogas, tráfico, etc.), pueden temer o sospechar que pueden ser descubiertos en caso de estar involucrados. A las aplicaciones individuales se procedió de igual manera por la investigadora, sin la colaboración de las estudiantes en prácticas.

#### **2.4. Instrumentos de recolección de información**

A continuación presentaremos los instrumentos utilizados en la presente investigación.

#### **2.4.1. Cuestionario demográfico de elaboración propia.**

El cuestionario es una de las herramientas de investigación social más popular (García, 2004) y utilizada por sus resultados y facilidad de aplicación (Visauta, 1989). El permite la recolección de datos provenientes de fuentes primarias (la persona interrogada) a través de un sistema de preguntas racionales, ordenadas coherentemente desde el punto de vista lógico como psicológico, expresadas de manera sencilla y comprensible donde el participante contesta por escrito sin que sea necesaria la intervención del encuestador (García). A través del cuestionario se obtiene, sistemática y ordenadamente, informaciones sobre las variables que intervienen en la investigación sobre una población o muestra determinada (Visauta). Las preguntas definidas por los temas a ser investigados dan uniformidad en la cantidad y calidad de la información recopilada, lo que facilita la aplicación del cuestionario en forma colectiva; el patrón uniforme permite obtener y catalogar las respuestas favoreciendo su contabilidad y la comprobación de los resultados (García).

Según Visauta (1989) el cuestionario debe estar enmarcado y orientado dentro de los objetivos, la fundamentación teórico, objetivos específicos, población y muestra definida, hipótesis, técnica de recogida de datos, análisis e interpretación e informe. En este sentido, para la elaboración del cuestionario se ha tenido en cuenta las variables que surgieron en la literatura revisada sobre CD y las que deseábamos conocer.

En nuestra investigación para identificar las variables demográficas y psicológicas influyentes en la CD de los adolescentes, elaboramos un cuestionario descriptivo estructurado con preguntas mistas, es decir, unas cerradas de elección múltiple de abanico de respuestas y otras preguntas abiertas. De este modo, hemos verificado datos socio-demográficos (tales como sexo, edad, estado civil, escolaridad, religión, renta, raza, etc.), informaciones de su ambiente (tales como relaciones familiares, amistad, vivienda, trabajo, etc.) y hechos referidos al ámbito de la conducta de los participantes.

##### *La construcción del cuestionario:*

Nuestro cuestionario consta de 24 preguntas agrupadas de modo a formaren “baterías” de preguntas semejantes bajo el siguiente criterio: identificación (preguntas de 1 a 9), sondeo de estructura familiar (10 a 13), sondeo de conducta de riesgo psicosocial (14 y 15), sondeo de varios tipos de disfunción familiar (16 a 24) según las diversas conceptualizaciones teóricas de autores como Beattie (1987/1998), Cermak (1986a), Friel

& Friel (1988), Mellody et al. (1989/2004), que vincula la aparición de la CD con las relaciones familiares disfuncionales, antecedentes de abusos y maltratos en la infancia así como de dependencia química familiar.

Tras el estudio piloto del cuestionario procedemos a una mejor adecuación del vocabulario utilizado.

#### **2.4.2. Escala SF CDS (Spann-Fischer Codependency Scale – Fischer, Spann & Crawford, 1991).**

La *Spann-Fischer Codependency Scale* (SF CDS), de Fischer et al. (1991), como vimos en el capítulo III, apartado 5.1., trata la CD como un rasgo de personalidad, centrándose en las diferencias individuales: la extrema atención fuera de sí mismo, la dificultad para expresar sentimientos, y el significado personal derivado de las relaciones con los otros. Es un instrumento breve de auto-informe (16 ítems) contestado según una escala Likert de 6 puntos (desde 1=*Discrepo fuertemente* hasta 6=*Conuerdo fuertemente*). La puntuación total oscila de 16 a 96 puntos y cuanto más alta la puntuación mayor es la CD del entrevistado (Irwin, 1995; Crothers & Warren, 1996). Fischer et al. (1991) establecieron como parámetros 67,2 puntos = alta CD y 37,3 puntos = baja CD, y divulgaron una consistencia interna de Alfa de Cronbach, de .73 a .80 y test-retest con correlaciones de .87.

#### **2.4.3. Cuestionario CAQ (Codependency Assessment Questionnaire – Potter-Efron & Potter-Efron, 1989).**

El *Codependency Assessment Questionnaire* (CAQ) de Potter-Efron y Potter-Efron (1989a), ya presentado en el capítulo III, apartado 5.2., fue creado en base a la definición del codependiente como aquel que es afectado profundamente por un relacionamiento actual o pasada con un alcohólico, un dependiente químico, o por vivir en un entorno familiar altamente agotador por un extenso tiempo. Los efectos específicos de la CD incluyen: a) miedo, b) vergüenza/culpabilidad, c) desesperación prolongada, d) ira, e) negación, f) rigidez, g) deterioro del desarrollo de la identidad, y h) confusión. El CAQ es un cuestionario cerrado (auto-informe) de 34 ítems usado como una medida categórica de la CD versus ninguna CD. Consta de ocho subescalas, con tres a seis preguntas (“Sí” o “No”), para establecer los estados cognitivos y afectivos citados arriba. En cada subescala debe haber un mínimo de dos respuestas positivas para considerarla positiva con respecto

a la CD, y al menos cinco categorías comprometidas para una evaluación positiva de la CD. (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a)

La validez del constructo del CAQ fue verificada a través del análisis factorial y la fiabilidad mediante Alfa de Cronbach alcanzando un valor de .87 (Fuller & Warner, 2000; Stafford, 2001). Las fiabilidades del test-retest para cada subescala fueron reportadas en un rango desde .53 hasta .86 a través de un intervalo cuatrisesmanal, con un coeficiente Alfa de Cronbach de .97, indicando un alto grado de fiabilidad de la consistencia interna (Meyer, 1997; Meyer & Russell, 1998).

Los siguientes instrumentos citados a continuación, los Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR<sup>TM</sup>, fueron transformados en cuestionarios estructurados con preguntas cerradas de elección múltiple de abanico de respuestas. Según Visauta (1989) estas preguntas exigen que el participante incluyase en alguna de las categorías predeterminadas eligiendo entre un número determinado de respuestas posibles.

#### **2.4.4. Criterios diagnóstico para el Abuso de Sustancia (DSM-IV-TR<sup>TM</sup>, 2002).**

*Sustancia* se refiere tanto una droga de abuso, un medicamento o una toxina, agrupándola en 11 clases: Alcohol, anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabinoides, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los Criterios diagnósticos para el Abuso de Sustancia del DSM-IV-TR<sup>TM</sup>, ya descrito en el capítulo II, apartado 3.3, tiene como característica fundamental (Criterio A) un patrón maladaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias negativas recurrentes y significativas, por un período de continuado de 12 meses, relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Por ejemplo, incumplir obligaciones importantes, consumir repetidamente en situaciones en las cuales hacerlo pone en riesgo su integridad física, tener variados problemas legales y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Diferentemente de los criterios para la Dependencia de Sustancia, los criterios para el Abuso de Sustancia del DSM-IV-TR<sup>TM</sup> incluyen únicamente las consecuencias nocivas del consumo repetido. La cafeína y la nicotina no están incluidas en esa categoría. (DSM-IV-TR<sup>TM</sup>)

#### **2.4.5. Criterios diagnóstico para la Dependencia de Sustancia (DSM-IV-TR™, 2002).**

El Criterio de diagnóstico para la Dependencia de Sustancia del DSM-IV-TR™, comentado en el capítulo II, apartado 3.2, puede ser aplicado a toda clase de sustancias, excluyendo la cafeína. La Dependencia de Sustancia tiene como característica esencial un grupo de tres o más síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que surgen en cualquier momento en un período de 12 meses y que demuestran que el individuo continúa consumiendo la sustancia, aun cuando tiene problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que frecuentemente lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Tales síntomas son similares para todas las categorías de sustancias, pero con algunas, determinados síntomas son menos evidentes pudiendo, inclusive, no manifestarse. (DSM-IV-TR™)

#### **2.4.6. Criterios diagnósticos para Trastornos de Conducta (DSM-IV-TR™, 2002).**

Como explicamos en el Capítulo II, apartado 3.1, el Criterio de diagnósticos para los Trastornos de Conducta clasificado en los “trastornos de comportamientos disruptivos de la niñez y de la adolescencia”, es dividido en conducta agresiva que causa o amenaza dañar físicamente a otras personas o a animales; conducta no agresiva que causa pérdidas o daños a propiedades; defraudación y/o hurto; y graves violaciones de reglas. La sintomatología consiste en un patrón persistente de conductas socialmente perturbadoras que vulneran los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas a la edad. La agresión física, el robo encubierto, las mentiras, y las trampas en los juegos y en las actividades académicas son bastante frecuentes. La persona presenta una conducta desaprensiva, sin sentimientos de culpa o de remordimiento, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, temperamento irascible y temeridad. La persona puede dar una imagen de “dureza” no obstante posee una baja autoestima. (DSM-IV-TR™).

### **2.5. Procedimiento para elaboración y análisis de datos**

Los datos fueron obtenidos después de una encuesta promovida en 4 centros diferentes en una ciudad del interior de Brasil. Cada uno de esos centros tienen características diferentes, pero se podría generalizar entre que 2 de ellos trabajan con

jóvenes en recuperación de drogodependencias o que han cometido algún acto infractor y están cumpliendo medidas socioeducativas mientras los otros dos promueven actividades deportivas entre los jóvenes (aunque existirán personas que en un principio si han cometido delito pero en este caso no han sido penadas).

La población total pretendida de los cuatro centros era de alrededor de 200 personas aunque, dado el carácter de voluntariedad de la participación, accedieron a asistir a la aplicación de los instrumentos 53 personas. Dividimos los participantes en dos grupos: jóvenes provenientes de las Instituciones con jóvenes que cometieron conductas de riesgo psicosocial (ICRPS) y jóvenes provenientes de las Instituciones Deportivas (ID).

Durante el análisis de las variables, procedimos a una limpieza se descartaron algunos datos por la dificultad de categorizarlos (e.g.: tipo de infracción). Luego ejecutamos el tratamiento necesario para realizar el análisis estadístico de los datos (el agrupamiento, la categorización y la codificación de todas las variables).

Asimismo, al analizar las variables contenidas en el cuestionario demográfico decidimos evaluar solo las que constaban en las hipótesis, descartando del análisis estadístico descriptivo las variables de los ítems: 6) Profesión, 9) Actividad, 10) Composición familiar, 11) Jefe de la familia, 12) Con quien vive, 14) Cometer acto infractor, 15) Problemas con autoridades, 22) Familiar dependiente químico en tratamiento, y 24) Tipo de sustancia y frecuencia de consumo. Esta decisión se debió a la gran variedad y diversidad de respuestas que imposibilitaron establecer categorías y grupos de comparación.

Para el análisis de datos utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Primeramente realizamos un análisis descriptivo de todas las variables que componen el estudio para conocer las características del muestreo. Para contrastar las hipótesis según las características de cada variable implicada utilizamos los análisis estadísticos T de Student, ANOVA, Correlaciones Bivariadas y Chi cuadrado.

### **3. Elaboración y análisis de los resultados**

Los ítems que especificamos abajo, permiten ver al mismo tiempo el conjunto de variables independientes y dependientes que manejamos. Además la codificación de variables y los valores de cada una de ellas (Anexos 16 y 17), figura de forma completa en el apartado Anexo de esta tesis.

### 3.1. Agrupación y categorización de las variables de la investigación

- *Cuestionario demográfico:*

#### A. Datos de identificación

1. Institución:

- (1) Institución con jóvenes con conductas de riesgo psicosocial (ICRPS): Clínica de recuperación para drogodependientes e Institución para jóvenes que cometieron algún acto delictivo y están cumpliendo medidas socio educativas.
- (2) Institución con jóvenes deportistas (ID): Asociación de jóvenes que practican atletismo y Asociación de jóvenes que practican el hip hop.

2. Género:

- (1) Masculino. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que se auto definieron como del sexo masculino)
- (2) Femenino. (En esta categoría están incluidos los jóvenes se auto definieron como del sexo femenino)

3. Raza:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) Negra. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que se auto definieron como de raza Amarilla, Moreno, Mestizo, Mulato, Negra, Parda, Parda claro)
- (2) Blanca. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que se auto definieron como de raza Blanca, Blanco.)

4. Edad:

- (1) incluye a los jóvenes con edad entre 14 y 15 años.
- (2) incluye a los jóvenes con edad entre 16 a 17 años.
- (3) incluye a los jóvenes con edad entre 18 a 19 años.

5. Religión:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) Católica
- (2) Evangélica

6. Escolaridad:

- (1) 1º grado Incompleto
- (2) 1º grado Completo
- (3) 2º grado Incompleto

7. Renta Familiar:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) Hasta 2 Sueldos mínimos (SM). (En esta categoría están incluidos los jóvenes que informaron una renta de 240 hasta 830 reais)
- (2) Más de 2 Sueldos mínimos (SM). (En esta categoría están incluidos los jóvenes que informaron una renta de 831 hasta 8.000 reais)

## **B. Disfunción familiar**

8. Posee alguno familiar o amistad con problemas de comportamiento:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) No
- (2) Sí

9. Posee alguno familiar con alguna enfermedad crónica:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) No
- (2) Sí

10. Ha sido víctima de algún tipo de abuso o malos tratos:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) No
- (2) Sí

11. Percepción de la calidad de la relación con los padres:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) Buena
- (2) Excelente
- (3) Más o menos
- (4) Ruin
- (5) Indiferente.

12. Estilo parental materno:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) Participativo
- (2) Negligente
- (3) Autoritario
- (4) Permisivo
- (5) Multirespuesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que informaron estilos mezclados con más de una opción.)

13. Estilo parental paterno:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) Participativo
- (2) Negligente
- (3) Autoritario
- (4) Permisivo
- (5) Multirespuesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que informaron estilos mezclados con más de una opción.)

14. Posee alguno familiar alcohólico:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) No
- (2) Sí

15. Posee alguno familiar dependiente químico:

- (0) No sabe/no contesta. (En esta categoría están incluidos los jóvenes que no contestaron a este ítem)
- (1) No
- (2) Sí

A los ítems del bloque B fueron atribuidos valores de la siguiente manera representada en la tabla 23.

**Tabla 23. Proceso de la obtención de valores a las respuestas de los ítems Disfunción familiar 1 a 5 del Excel a SPSS.**

<i>Ítems de la variable Disfunción Familiar</i>	<i>1ª Fase de los valores atribuidos a las respuestas ( Tabla Excel )</i>	<i>2ª Fase de los valores atribuidos a las respuestas(SPSS)</i>	<i>Fase final de los valores de la Disfunción Familiar</i>	
Ítem 1 Familiar o amistad con problemas de comportamiento	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si		
Ítem 2 Familiar con alguna enfermedad crónica	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si		
Ítem 3 Victima de algún tipo de abuso o malos tratos	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si		
Ítem 4 Familiar alcohólico	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si		
Ítem 5 Familiar dependiente químico	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si		
Ítems de la variable Disfunción Familiar	1ª Fase de los valores atribuidos a las respuestas ( Tabla Excel )	2ª Fase de los valores atribuidos a las respuestas según criterio del investigador (Tabla Excel )	3ª Fase de los valores atribuidos a las respuestas(SPSS)	0 ítem positivo = 1 (No) 1 a 8 ítems positivos = 2 (Si)
Ítem 6 Percepción de la calidad de la relación con los padres	0 = No sabe/No contesta 1 = Buena 2 = Excelente 3 = Más o menos 4 = Ruin 5 = Indiferente	1 = No 2 = No 0 = Si 3 = Si 4 = Si 5 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	
Ítem 7 Estilo parental materno	0 = No sabe/No contesta 1 = Participativo 2 = Negligente 3 = Autoritario 4 = Permisivo 5 = Multirespuesta.	1 = No 0 = Si 2 = Si 3 = Si 4 = Si 5 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	
Ítem 8 Estilo parental paterno	0 = No sabe/No contesta 1 = Participativo 2 = Negligente 3 = Autoritario 4 = Permisivo 5 = Multirespuesta.	1 = No 0 = Si 2 = sí 3 = Si 4 = Si 5 = Si	0 = No sabe/No contesta 1 = No 2 = Si	

- *Codependencia*

16. Codependencia según el cuestionario CAQ

- (1) No (Menos de cinco áreas comprometidas)
- (2) Sí (Más de cinco áreas comprometidas)

Además se utilizó la clasificación del cuestionario:

- (1) Una área comprometida
- (2) Dos áreas comprometidas
- (3) Tres áreas comprometidas
- (4) Cuatro áreas comprometidas
- (5) Cinco áreas comprometidas
- (6) Seis áreas comprometidas
- (7) Siete áreas comprometidas
- (8) Ocho áreas comprometidas

17. Codependencia según los niveles de la escala SF CDS:

- (1) Baja codependencia ( $\leq 37,3$ )
- (2) Media codependencia ( $\geq 37,3 \leq 67,2$ )
- (3) Alta codependencia ( $\geq 67,2$ )

También se utilizó el punto de corte 52 puntos:

- (1) No codependiente  $< 52$
- (2) Codependiente  $> 52$

- *Conductas de riesgo psicosocial*

18. Trastorno de Conducta según los criterios del DSM-IV-TR™

- (1) No
- (2) Sí

19. Abuso de Sustancia según los criterios del DSM-IV-TR™

- (1) No
- (2) Sí

20. Dependencia de Sustancia según los criterios del DSM-IV-TR™

- (1) No
- (2) Sí

## 3.2. Resultados del análisis estadístico y contraste de las hipótesis de trabajo

### 3.2.1. Caracterización de la muestra

#### *Los participantes en su totalidad*

Los participantes de la investigación fueron 53 jóvenes, un 54,7% de provenientes de las ICRPS y un 45,3% de las ID, una edad media de 16,64 años, un 69,8% de hombres, un 58,5% de raza negra, un 88,7% de la religión católica, un 39% relató un renta familiar hasta 2 sueldos mínimos, y el 66% no concluyó el primero grado escolar. La distribución de las características socio demográficas más detalladas de los participantes está presentada en la tabla 24.

**Tabla 24. Distribución de las características demográficas de los participantes en su totalidad.**

	Categoría	N	%
Institución	ICRPS	29	54,7
	ID	24	45,3
Género	Masculino	37	69,8
	Femenino	16	30,2
	No sabe/ No contesta	2	3,8
Raza	Negra	31	58,5
	Blanca	20	37,7
Edad rango	14 a 15 años	17	32,1
	16 a 17 años	17	32,1
	18 a 19 años	19	35,8
	No sabe/No contesta	2	3,8
Religión	Católica	47	88,7
	Evangélica	4	7,5
Escolaridad	1º Grado incompleto	35	66,0
	1º Grado completo	5	9,4
	2º Grado incompleto	13	24,5
	No sabe/ No contesta	12	22,6
Renta familiar	Hasta 2 sueldos mínimos (830 reais)	21	39,6
	Más de 2 sueldos mínimos (831 reais)	20	37,7

Con relación a las características tipo a los eventos considerados (estresantes familiar y clima familiar) en esta investigación como posibles predisponentes a la CD, un 60% de los participantes reportaron familiares/amistad con problemas de comportamiento, un 88,7% tener familiar enfermo crónico, 41,5% percibe la relación con sus padres como

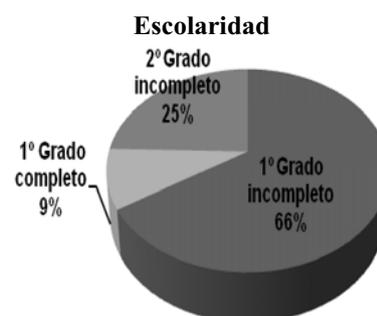
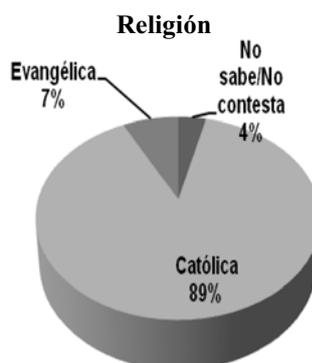
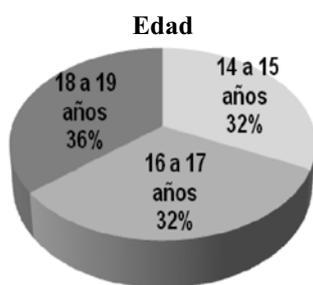
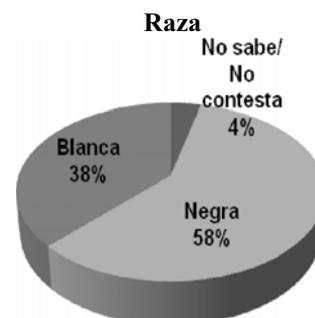
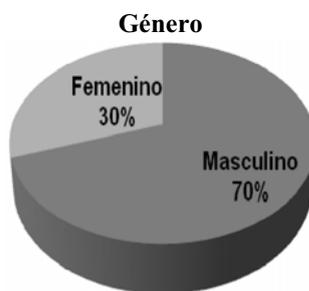
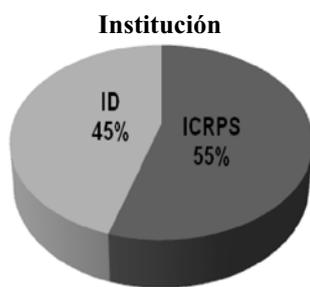
buena, el 58,5% informó un estilo parental materno participativo mientras que solo un 32,1% estilo parental paterno participativo, un 58,5% relató tener familiar alcohólico y un 32,1% familiar dependiente químico. Podemos observar mayores detalles de estas características en la tabla 25

**Tabla 25. Distribución de las características predisponentes a la Codependencia.**

	Categoría	N	%
Relación con familiar/amistad con problema de comportamiento	No	32	60,4
	Sí	21	39,6
Relación con familiar enfermo crónico	No	47	88,7
	Sí	6	11,3
Victima de abuso/maltratos	No	32	60,4
	Sí	21	39,6
Calidad percibida de la relación con los padres	Buena	22	41,5
	Excelente	16	30,2
	Más o menos	10	18,9
	Ruin	2	3,8
	Indiferente	3	5,7
	No sabe/No contesta	3	5,7
Estilo parental materno	Participativo	31	58,5
	Negligente	3	5,7
	Autoritario	1	1,9
	Permisivo	3	5,7
	Multirepuesta	12	22,6
	No sabe/No contesta	19	35,8
Estilo parental paterno	Participativo	17	32,1
	Negligente	5	9,4
	Autoritario	4	7,5
	Permisivo	3	5,7
	Multirepuesta	5	9,4
Posee familiar alcohólico	No	22	41,5
	Sí	31	58,5
Posee familiar dependiente químico	No	36	67,9
	Sí	17	32,1

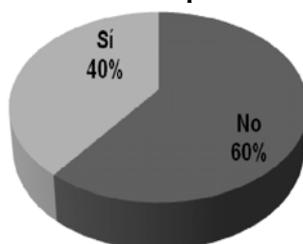
## Representación gráfica de la distribución de los participantes totales en porcentaje.

### A. Datos sociodemográficos

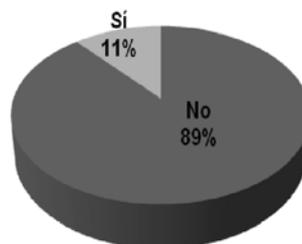


### B. Disfunción familiar: Eventos estresantes y clima familiar

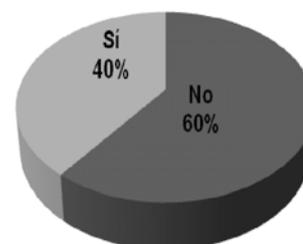
**Relación con familiar/amistad con problema de comportamiento**

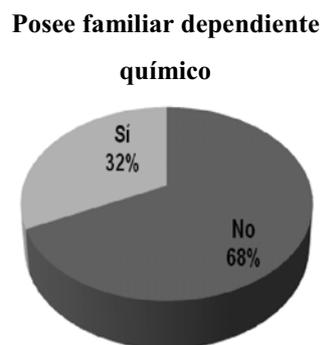
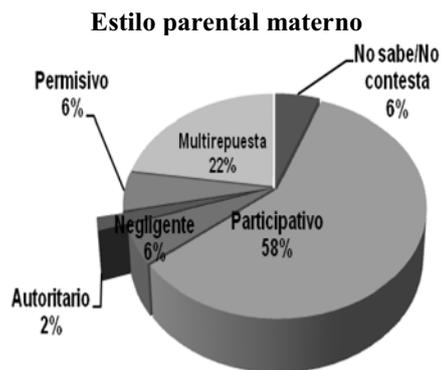


**Relación con familiar enfermo crónico**

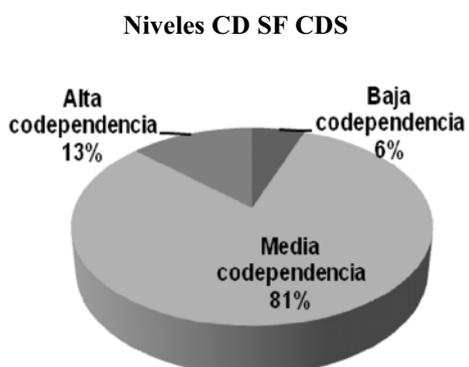
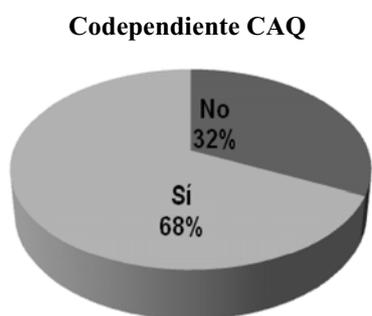


**Victima de abuso/maltratos**





### C. Codependencia



## D. Conductas de Riesgo Psicosocial



### 3.2.2. Contraste de hipótesis

A continuación presentaremos los resultados del análisis estadístico. Nos gustaría observar que estos resultados no pueden ser generalizados ya que la muestra es muy pequeña. Se hacen necesarios otros estudios ampliando en número de los sujetos.

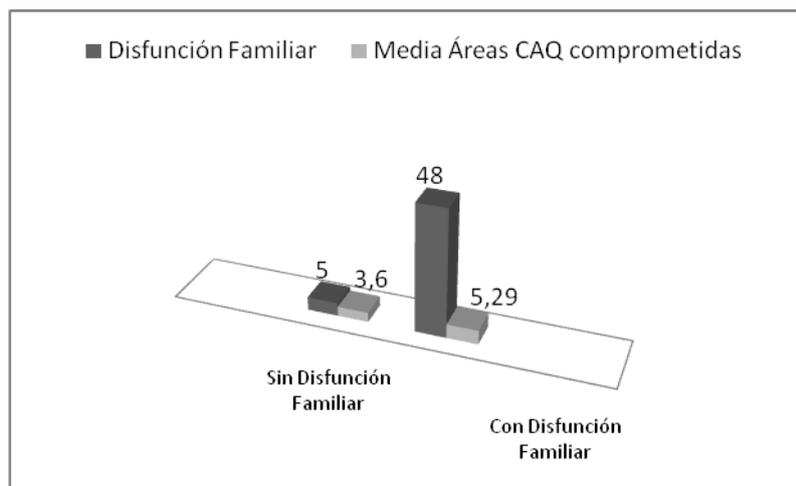
*H1. La disfunción familiar será una variable significativa en los jóvenes codependientes.*

En esta hipótesis se decidió utilizar los resultados del CAQ por ser el instrumento que define si el sujeto es codependiente o no. La variable independiente, Disfunción familiar consta de 8 situaciones evaluadas por el cuestionario demográfico que fueron agrupadas en dos grupos de comparación: con o sin disfunción.

**Tabla 26. Estadísticos de grupo Disfunción familiar versus Áreas CAQ.**

Disfunción familiar	Nº de casos	Media Áreas CAQ comprometidas	Desviación típ.	Error típ. de la media
No	5	3,60	1,673	,748
Sí	48	5,29	1,774	,256

**Gráfico 7. Disfunción familiar versus Media de Áreas CAQ comprometidas.**



Aplicamos la prueba T de Student (Tabla 27) para analizar la posible diferencia en la puntuación de CD obtenido por las personas que poseen o no Disfunción Familiar. Previo al análisis realizamos la prueba de homogeneidad de varianzas que indicó la igualdad de varianzas ( $p=0.811$ ), revelando que no hubo diferencia significativa entre las medias. La prueba T reveló que las personas que tienen Disfunción Familiar presentan diferencias en el número de áreas comprometidas ( $t_{(53, 51)} = -2.038, p = 0.047$ ) en comparación con las personas que no tienen esta problemática.

**Tabla 27. Prueba T Student Disfunción familiar versus Media de Áreas CAQ comprometidas.**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Áreas CAQ comprometidas	Se han asumido varianzas iguales	,058	,811	-2,038	51	,047
	No se han asumido varianzas iguales			-2,139	4,986	,086

***H2. Las variables género, edad, renta familiar, escolaridad, religión, no estarán relacionadas significativamente con un alto índice de la codependencia de los jóvenes codependientes.***

En esta hipótesis se decidió utilizar los resultados de SF CDS por ser el instrumento que define los niveles de CD. Para contrastar esta hipótesis se utilizó la Prueba T para la variable independiente Género siendo que implica dos grupos de comparación, la prueba

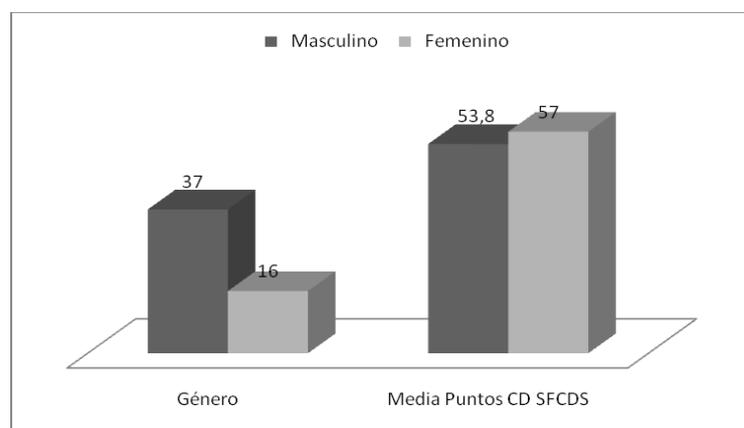
Correlaciones Bivariadas para la variable Edad y para las demás variables independientes se utilizó el ANOVA por implicar más de dos grupos de comparación.

## Género

**Tabla 28. Estadísticos de grupo Género versus Codependencia SF CDS.**

Género	Nº	Media Puntos CD SFCDS	Desviación típ.	Error típ. de la media
Masculino	37	53,84	10,958	1,802
Femenino	16	57,00	11,231	2,808

**Gráfico 8. Género versus SF CDS.**



Previo al análisis se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas que indicó la igualdad de varianza ( $p=0.791$ ).

Los resultados de la prueba T ( $t_{53, 51} = -0.957, p=0.343$ ) revelaron que no hubo diferencia significativa entre los resultados de las chicas y los chicos (Tabla 29). Aunque la media de la CD de las chicas fue ligeramente más alta en comparación que la obtenida por los chicos no observamos ninguna conclusión significativa para determinar que las mujeres experimentan mayores niveles de CD que los hombres (Tabla 30, Gráfico 8).

**Tabla 29. Prueba T de muestras independientes Género versus Codependencia SF CDS.**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)
Puntos	Se han asumido					
CD SFCDS	varianzas iguales	,071	,791	-,957	51	,343
	No se han asumido					
	varianzas iguales			-,948	27,921	,351

## Edad

**Tabla 30. Estadísticos descriptivos Edad versus Codependencia SF CDS.**

	Media	Desviación típica	N
Edad	16,64	1,688	53
Puntos CD SFCDS	54,79	11,030	53

**Tabla 31. Correlaciones Edad versus Codependencia SF CDS.**

	Puntos CD SFCDS
Edad	Correlación de Pearson <b>-,016</b>
	Sig. (bilateral) ,907
	Suma de cuadrados y productos cruzados -15,943
	Covarianza -,307
	N 53

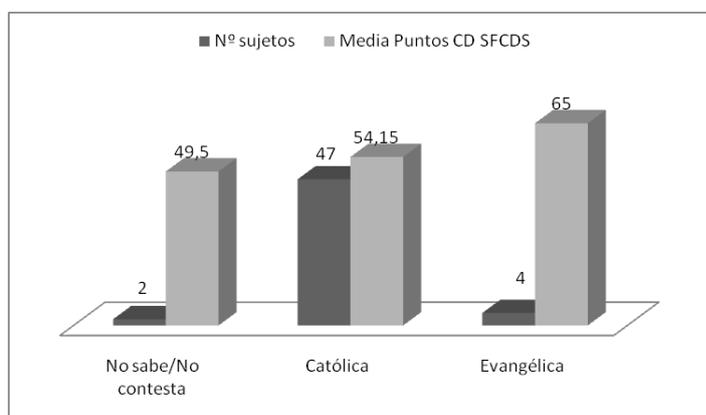
Cuando los valores de la Correlación de Pearson ( $r$ ) son cercanos a 1 la correlación entre las variables es estrecha y cuando son cercanas a 0 no existe una relación lineal entre ambas variables. En este caso es  $r = -0.016$ , por lo que es una relación inversa, por el signo negativo, pero muy débil entre las variables.

## Religión

**Tabla 32. Estadísticos Descriptivos Religión versus Codependencia SF CDS.**

Religión	Nº sujetos	Media Puntos CD SFCDS	Desviación típica
No sabe/No contesta	2	49,50	17,678
Católica	47	54,15	10,691
Evangélica	4	65,00	9,381
Total	53	54,79	11,030

**Gráfico 9. Religión versus Codependencia SF CDS.**



**Tabla 33. ANOVA Religión versus Codependencia SF CDS.**

		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Puntos CD SFCDS	Inter-grupos	492,260	2	246,130	2,109	,132
	Intra-grupos	5834,457	50	116,689		
	Total	6326,717	52			

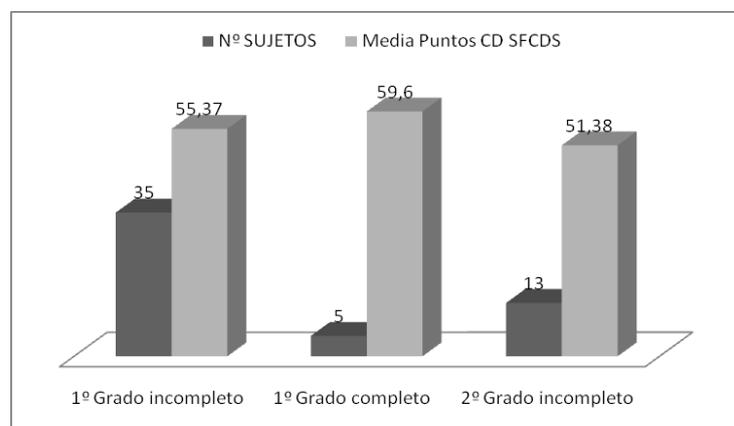
Los resultados indicaron que no hubo diferencia significativa de medias puesto que el valor del nivel crítico del análisis ANOVA (0.132) es mayor que 0.05. Aceptamos la hipótesis de igualdad de las medias, y concluimos que las poblaciones definidas por la variable Religión poseen la misma CD media. Si bien que la media de los chicos evangélicos codependientes tienen una media mayor que los de los católicos y los que no contestaron. No obstante, dado el pequeño tamaño muestral de algunas categorías de las variable, sólo podemos considerar este resultado a nivel tentativo, que debiera contrastarse con un estudio posterior con un mayor número de participantes.

### Escolaridad

**Tabla 34. Descriptivos Escolaridad versus Codependencia SF CDS.**

Escolaridad	N	Media Puntos CD SFCDS	Desviación típica
1º Grado incompleto	35	55,37	11,672
1º Grado completo	5	59,60	13,390
2º Grado incompleto	13	51,38	7,633
Total	53	54,79	11,030

**Gráfico 10. Escolaridad versus Codependencia SF CDS**



Puesto que el valor del nivel crítico del análisis ANOVA (0.325) es mayor que 0.05 decidimos aceptar la hipótesis de igualdad de las medias, y concluimos que las

populaciones definidas por la variable escolaridad poseen la misma CD media no existiendo diferencia significativa entre ellas. Si bien que la media de CD de los sujetos que tiene mayor escolaridad son los que tienen una media más baja comparativamente que los demás. No obstante, resaltamos que dado el pequeño tamaño muestral de algunas categorías de la variable, únicamente podemos considerar este resultado a nivel tentativo, que debiera contrastarse con un estudio posterior con un mayor número de participantes.

**Tabla 35. ANOVA Escolaridad versus Codependencia SF CDS.**

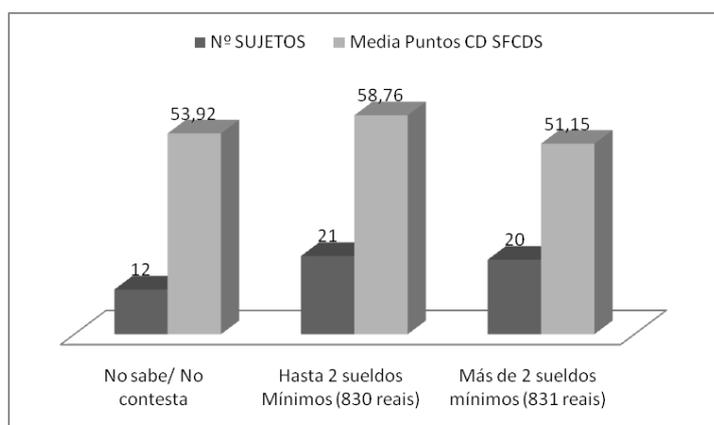
		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Puntos CD SFCDS	Inter-grupos	278,269	2	139,134	1,150	<b>,325</b>
	Intra-grupos	6048,448	50	120,969		
	Total	6326,717	52			

## Renta Familiar

**Tabla 36. Descriptivos Renta Familiar versus Codependencia SF CDS.**

Renta Familiar	N	Media Puntos CD SFCDS	Desviación típica
No sabe/ No contesta	12	53,92	6,302
Hasta 2 sueldos Mínimos (830 reais)	21	58,76	11,870
Más de 2 sueldos mínimos (831 reais)	20	51,15	11,394
Total	53	54,79	11,030

**Gráfico 11. Renta Familiar versus Codependencia SF CDS.**



No encontramos una diferencia significativa entre las medias. Puesto que el valor del nivel crítico (0.081) es mayor que 0.05 decidimos aceptar la hipótesis de igualdad de las

medias, y concluimos que las poblaciones definidas por la variable Renta familiar poseen la misma CD media. Si bien que la media de CD de los sujetos que tiene menor renta familiar son los que tienen una media más alta comparativamente que los demás.

**Tabla 37. ANOVA Renta Familiar versus Codependencia SF CDS.**

		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Puntos CD SFCDS	Inter-grupos	605,441	2	302,720	2,646	<b>,081</b>
	Intra-grupos	5721,276	50	114,426		
	Total	6326,717	52			

***H3. La muestra de jóvenes de Instituciones relacionadas con Conductas de Riesgo Psicosocial presentará mayores índices de alta codependencia que los jóvenes de Instituciones deportistas.***

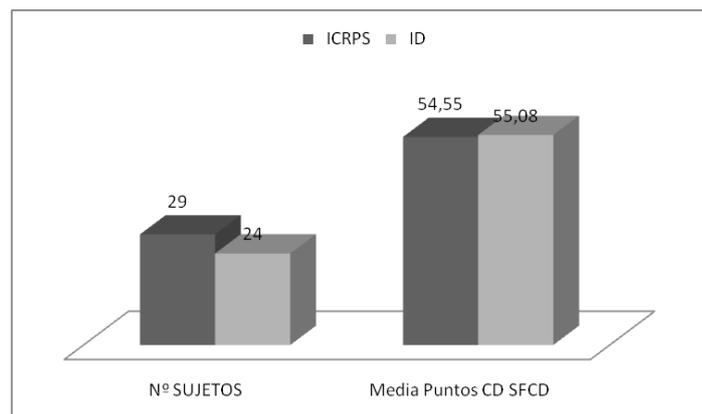
En esta hipótesis se decidió utilizar los resultados de SF CDS por ser el instrumento que define los niveles de CD. Para contrastar esta hipótesis se utilizó la Prueba T para la variable independiente Institución que presenta sólo dos grupos de comparación.

### **Prueba T Institución versus Codependencia SF CDS**

**Tabla 38. Estadístico de grupo Institución versus Codependencia SF CDS**

		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntos CD SFCD	ICRPS	29	54,55	12,891	2,394
	ID	24	55,08	8,521	1,739

**Gráfico 12. Institución versus Codependencia SF CDS.**



**Tabla 39. Prueba T de Student de muestras independientes Institución versus Codependencia SF CDS.**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Puntos CD SFCD	Se han asumido varianzas iguales	3,639	,062	-,173	51	,863
	No se han asumido varianzas iguales			-,180	48,807	,858

Previo al análisis se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas que indicó la igualdad de varianza ( $p=0.062$ ).

Puesto que el valor del nivel crítico de la prueba T ( $t_{(53, 51)} = -0.173$ ,  $p=0.863$ ) es mayor que 0,05 decidimos aceptar la hipótesis de igualdad de las medias. Y concluimos que las poblaciones definidas por la variable Institución poseen la misma CD media ya que no encontramos diferencia significativa entre ellas.

Con relación a la estadística de grupos la diferencia de medias no es significativa porque ambos han obtenido medias muy similares.

***H4. Los jóvenes con altas puntuaciones de codependencia presentaran características psicológicas diferenciadas respecto a los de baja puntuación, según los aspectos evaluados a través de SF CDS y CAQ.***

Para contrastar esta hipótesis se utilizó la ANOVA relacionando los resultados de las áreas comprometidas CAQ (variable dependiente) con los niveles de CD SF CDS (factores).

**Tabla 40. Descriptivos ANOVA Áreas CAQ versus niveles Codependencia SF CDS.**

CAQ ÁREAS	Media CAQ Áreas	Niveles CD SF CDS	Nº casos Niveles SF CDS	Desviación típica
MIEDO (6)	2,67	Baja codependencia	3	,577
	3,26	Media codependencia	43	1,329
	3,86	Alta codependencia	7	,900
VERGÜENZA/CULPA (5)	1,67	Baja codependencia	3	,577
	2,51	Media codependencia	43	1,222
	3,57	Alta codependencia	7	1,272
DESESPERANZA PROLONGADA (3)	1,33	Baja codependencia	3	1,528
	1,30	Media codependencia	43	1,081
	2,14	Alta codependencia	7	,900
RABIA (4)	1,33	Baja codependencia	3	1,155
	1,30	Media codependencia	43	1,124
	2,57	Alta codependencia	7	,535
NEGACIÓN (3)	1,00	Baja codependencia	3	1,000
	1,07	Media codependencia	43	,799
	1,29	Alta codependencia	7	1,380
RIGIDEZ (4)	1,00	Baja codependencia	3	1,000
	2,19	Media codependencia	43	,932
	3,29	Alta codependencia	7	,756
DESARROLLO (4)	1,00	Baja codependencia	3	1,000
	1,67	Media codependencia	43	1,286
	2,86	Alta codependencia	7	1,345
CONFUSIÓN (5)	2,00	Baja codependencia	3	1,000
	2,74	Media codependencia	43	1,217
	4,57	Alta codependencia	7	,787

**Tabla 41. Prueba de homogeneidad de varianzas.**

ÁREA CAQ	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
MIEDO (6)	2,437	2	50	,098
VERGÜENZA/CULPA (5)	1,013	2	50	,370
DESESPERANZA PROLONGADA (3)	,597	2	50	,554
RABIA (4)	2,225	2	50	,119
<b>NEGACIÓN (3)</b>	<b>3,944</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>,026</b>
RIGIDEZ (4)	,172	2	50	,842
DESARROLLO (4)	1,034	2	50	,363
CONFUSIÓN (5)	,748	2	50	,478

Previo al análisis se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas que indicó la igualdad de varianzas, excepto en el área Negación del CAQ.

**Tabla 42. ANOVA Áreas comprometidas CAQ versus niveles Codependencia SF CDS.**

CAQ AREAS		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
MIEDO (6)	Inter-grupos	3,460	2	1,730	1,085	,346
	Intra-grupos	79,710	50	1,594		
	Total	83,170	52			
VERGÜENZA/CULPA (5)	Inter-grupos	9,554	2	4,777	3,266	<b>,046</b>
	Intra-grupos	73,125	50	1,463		
	Total	82,679	52			
DESESPERANZA PROLONGADA (3)	Inter-grupos	4,274	2	2,137	1,824	,172
	Intra-grupos	58,594	50	1,172		
	Total	62,868	52			
RABIA (4)	Inter-grupos	9,757	2	4,878	4,246	<b>,020</b>
	Intra-grupos	57,451	50	1,149		
	Total	67,208	52			
NEGACIÓN (3)	Inter-grupos	,309	2	,155	,192	,826
	Intra-grupos	40,219	50	,804		
	Total	40,528	52			
RIGIDEZ (4)	Inter-grupos	12,362	2	6,181	7,369	<b>,002</b>
	Intra-grupos	41,940	50	,839		
	Total	54,302	52			
DESARROLLO (4)	Inter-grupos	10,418	2	5,209	3,165	,051
	Intra-grupos	82,299	50	1,646		
	Total	92,717	52			
CONFUSIÓN (5)	Inter-grupos	22,930	2	11,465	8,442	<b>,001</b>
	Intra-grupos	67,900	50	1,358		
	Total	90,830	52			

Puesto que los valores de los niveles críticos del análisis ANOVA de las áreas Vergüenza/Culpa del CAQ (0.046), Rabia (0.020), Rigidez (0.002) y Confusión (0.001) son menores que 0.05 decidimos rechazar la hipótesis de igualdad de las medias en estas áreas. Y concluimos que las muestras definidas por las variables Vergüenza/Culpa, Rabia, Rigidez y Confusión no poseen la misma media, o sea las diferencias entre las medias fueron significativas. En todas las variables restantes se acepta la hipótesis de igualdad de medias puesto que los valores críticos obtenidos son mayores de 0.05.

**H5. Los jóvenes con altas puntuaciones de codependencia presentaran problemas con Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia, según los Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR<sup>TM</sup>.**

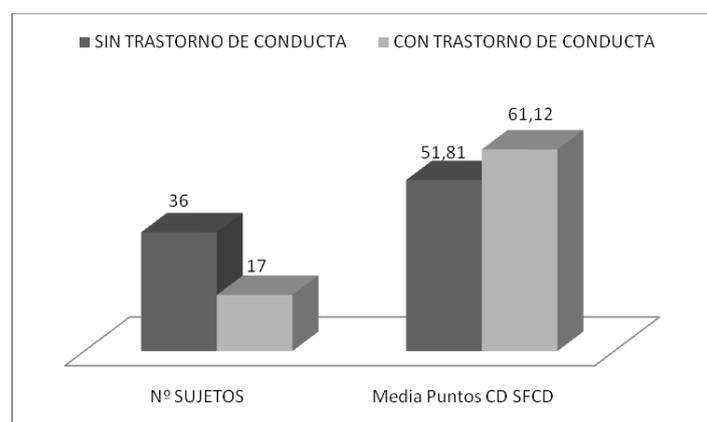
En esta hipótesis se decidió utilizar los resultados de SF CDS por ser el instrumento que define los niveles de CD. Para contrastar esta hipótesis se utilizó la Prueba T Students por la variable dependiente, puntos SF CDS.

**Trastorno de Conducta**

**Tabla 43. Estadísticos de grupo Trastorno de Conducta versus puntos Codependencia SFCDS.**

Trastorno de Conducta	Nº sujetos	Media Puntos CD SFCDS	Desviación típ.	Error típ. de la media
No	36	51,81	9,077	1,513
Sí	17	61,12	12,354	2,996

**Gráfico 13. Trastorno de conducta versus Codependencia SF CDS.**



**Tabla 44. Prueba de muestras independientes Trastorno de Conducta versus SF CDS.**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Puntos CD SFCDS	Se han asumido varianzas iguales	3,009	<b>,089</b>	<b>-3,097</b>	51	<b>,003</b>
	No se han asumido varianzas iguales			-2,774	24,471	,010

La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza ( $p=0,089$ ).

Puesto que el valor del nivel crítico de la prueba T ( $t_{(53, 51)} = -3,097$ ,  $p=0,003$ ) es menor que

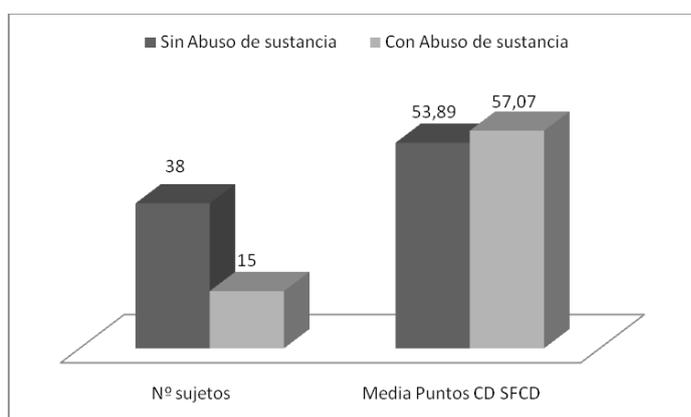
0,05 decidimos rechazar la hipótesis de igualdad de las medias, ya que se encontró una diferencia significativa entre ellas. Concluimos que los valores de CD en los adolescentes que manifiestan tener Trastornos de conducta son estadísticamente más elevados que los valores de CD de aquellos que no presentan trastornos.

### Abuso de Sustancia

**Tabla 45. Estadísticos de grupo Abuso de Sustancia versus puntos Codependencia SFCDS.**

Abuso de Sustancia	Nº sujetos	Media Puntos CD SFCDS	Desviación típ.	Error típ. de la media
No	38	53,89	9,972	1,618
Sí	15	57,07	13,467	3,477

**Gráfico 14. Abuso de Sustancia versus Codependencia SF CDS.**



La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza ( $p=0,081$ ).

Puesto que el valor del nivel crítico de la prueba T ( $t_{53, 51} = -0.942, p=0.351$ ) es mayor que 0.05, o sea no existe diferencia significativa entre las medias, decidimos aceptar la hipótesis de igualdad de las medias. Y concluimos que las poblaciones definidas por la variable Abuso de Sustancia no se diferencian de las poblaciones que no indicaron Abuso de Sustancia.

**Tabla 46. Prueba de muestras independientes Abuso de Sustancia versus puntos Codependencia SFCDS.**

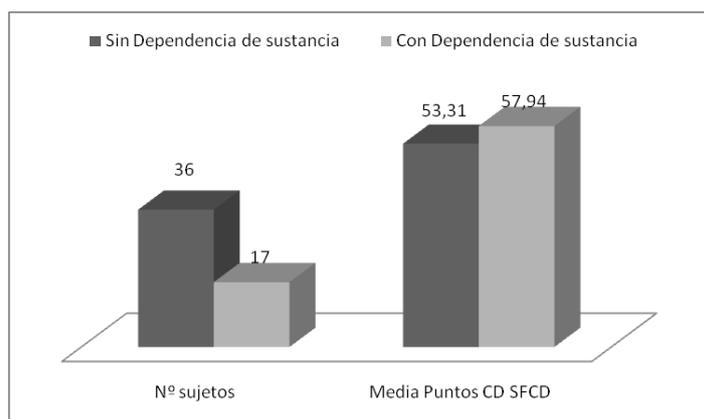
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Puntos CD SFCDS	Se han asumido varianzas iguales	3,163	<b>,081</b>	<b>-,942</b>	51	<b>,351</b>
	No se han asumido varianzas iguales			-,827	20,356	,418

## Dependencia de Sustancia

**Tabla 47. Estadísticos de grupo Dependencia de Sustancia versus puntos Codependencia SFCDS.**

Dependencia de Sustancia	Nº sujetos	Media Puntos CD SFCDS	Desviación típ.	Error típ. de la media
No	36	53,31	10,422	1,737
Sí	17	57,94	11,929	2,893

**Gráfico 15. Dependencia de Sustancia versus SF CDS versus puntos Codependencia SFCDS.**



**Tabla 48. Prueba de muestras independientes Dependencia de Sustancia versus puntos Codependencia SF CDS.**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Puntos CD SFCDS	Se han asumido varianzas iguales	,229	<b>,634</b>	<b>-1,443</b>	51	<b>,155</b>
	No se han asumido varianzas iguales			-1,374	27,952	,180

La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza ( $p=0,634$ ).

Puesto que el valor del nivel crítico de la prueba T ( $t_{53, 51} = -1.443$ ,  $p=0.155$ ) es mayor que 0,05 decidimos aceptar la hipótesis de igualdad de las medias puesto que no existe diferencia significativa entre ellas. Y concluimos que la población definida por la variable Dependencia de Sustancia no diferencia de la sin Dependencia de Sustancia.

**H6. Se encontraran diferencias significativas entre las muestras por instituciones respecto a las variables presencia de codependencia, Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia.**

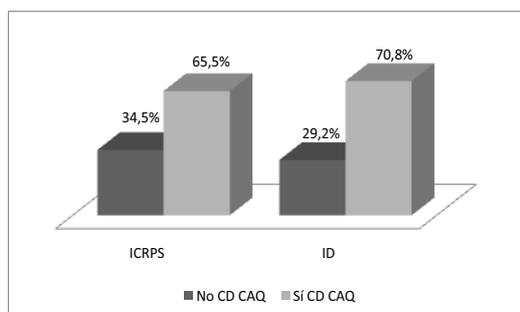
Para contrastar esta hipótesis realizamos la prueba de Chi-cuadrado que parte de la hipótesis de que las variables Institución y presencia de CD, Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia son independientes, es decir que no existe ninguna relación entre ellas y que por lo tanto ninguna ejerce influencia sobre la otra. En esta hipótesis utilizamos los resultados de CAQ que indica la presencia o ausencia de la CD.

**Tablas de contingencia Institución versus Codependiente CAQ**

**Tabla 49. Recuento Institución versus Codependiente CAQ.**

		Codependiente CAQ		Total
		No	Sí	
Institución	ICRPS	10	19	29
	ID	7	17	24
Total		17	36	53

**Gráfico 16. Representación grafica en porcentaje Institución versus Codependiente CAQ.**



**Tabla 50. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Codependiente CAQ.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,170(b)	1	<b>,680</b>		
Corrección por continuidad(a)	,014	1	,907		
Razón de verosimilitudes	,171	1	,679		
Estadístico exacto de Fisher				,772	,455
Asociación lineal por lineal	,167	1	,683		
N de casos válidos	53				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,70.

La prueba de Chi-cuadrado parte de la hipótesis de que las variables Institución y presencia de CD son independientes, es decir que no existe ninguna relación entre ellas y que por lo tanto ninguna ejerce influencia sobre la otra. Como el valor de la Significación (Sig.) Asintótica (0.680) es mayor que 0.05 aceptamos la hipótesis de independencia entre CD e Institución.

**Tabla 51. Estimación de riesgo Institución versus Codependencia CAQ.**

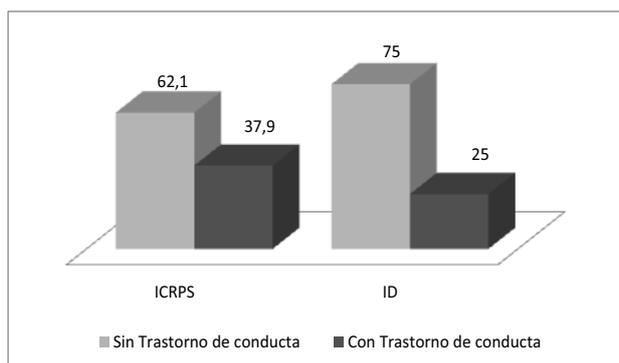
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Institución (ICRPS/ID)	1,278	<b>,398</b>	<b>4,105</b>
Para la cohorte Codependiente CAQ = No	1,182	,531	2,632
Para la cohorte Codependiente CAQ = Sí	,925	,640	1,337
N de casos válidos	53		

El riesgo de CD es entre 0.398 y 4.105. Como este intervalo de confianza contiene el valor 1 asumimos que el riesgo de CD sería el mismo entre ambos grupos de jóvenes no asumiendo relación entre las variables CD e Institución.

**Tabla 52. Recuento Institución versus Trastorno de Conducta.**

Institución	Trastorno de Conducta		Total
	No	Sí	
ICRPS	18	11	29
ID	18	6	24
Total	36	17	53

**Gráfico 17. Representación grafica en porcentaje Institución versus Trastorno de Conducta.**



**Tabla 53. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Trastorno de Conducta.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,008(b)	1	,315		
Corrección por continuidad(a)	,502	1	,479		
Razón de verosimilitudes	1,020	1	,312		
Estadístico exacto de Fisher				,384	,240
Asociación lineal por lineal	,989	1	,320		
N de casos válidos	53				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,70.

La prueba de Chi-cuadrado (0.315) indicó independencia entre las variables Institución y Trastorno de Conducta.

**Tabla 54. Estimación de riesgo Institución versus Trastorno de Conducta.**

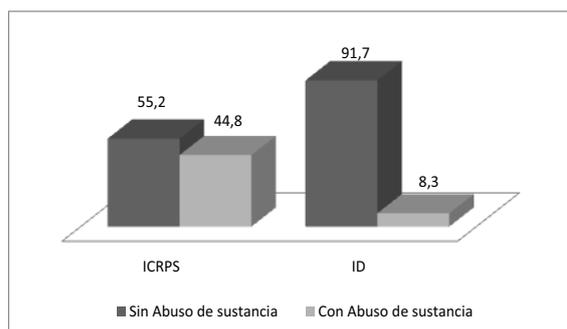
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Institución (ICRPS/ID)	,545	,166	1,793
Para la cohorte Trastorno de Conducta = No	,828	,574	1,194
Para la cohorte Trastorno de Conducta = Sí	1,517	,658	3,496
N de casos válidos	53		

El riesgo de CD es entre 0.166 y 1.793, tal intervalo de confianza indica que el riesgo de Trastorno de Conducta sería el mismo entre ambos grupos de jóvenes no habiendo relación entre las variables Trastorno de Conducta e Institución.

**Tabla 55. Recuento Institución versus Abuso de Sustancia.**

Institución	Abuso de Sustancia		Total
	No	Sí	
ICRPS	16	13	29
ID	22	2	24
Total	38	15	53

**Gráfico 18. Representación grafica en porcentaje Institución versus Abuso de Sustancia.**



**Tabla 56. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Abuso de Sustancia.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,619(b)	1	<b>,003</b>		
Corrección por continuidad(a)	6,914	1	,009		
Razón de verosimilitudes	9,493	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,005	,003
Asociación lineal por lineal	8,456	1	,004		
N de casos válidos	53				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,79.

Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado (.003) indican que debemos rechazar la hipótesis de independencia entre las variables Institución y Abuso de Sustancia.

Aquí no se incluye el valor 1 en el intervalo de confianza del riesgo (0.022 a 0.567) y por lo tanto se rechaza la hipótesis nula de no asociación entre las variables Abuso de Sustancia e Institución, lo que indica que el Abuso de Sustancia está relacionado con la Institución.

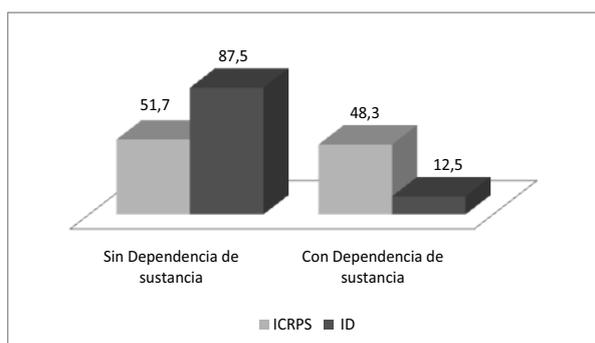
**Tabla 57. Estimación de riesgo Institución versus Abuso de Sustancia.**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Institución (ICRPS / ID)	,112	<b>,022</b>	<b>,567</b>
Para la cohorte Abuso de Sustancia = No	,602	,424	,854
Para la cohorte Abuso de Sustancia = Sí	5,379	1,344	21,532
N de casos válidos	53		

**Tabla 58. Recuento Institución versus Dependencia de Sustancia.**

Institución	Dependencia de Sustancia		Total
	No	Sí	
ICRPS	15	14	29
ID	21	3	24
Total	36	17	53

**Gráfico 19. Representación grafica en porcentaje Institución versus Dependencia de Sustancia.**



La prueba de Chi-cuadrado (0.005) indicó que no existe independencia entre las variables Institución y Dependencia de Sustancia.

**Tabla 59. Pruebas de Chi-cuadrado Institución versus Dependencia de Sustancia.**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,715(b)	1	<b>,005</b>		
Corrección por continuidad(a)	6,160	1	,013		
Razón de verosimilitudes	8,255	1	,004		
Estadístico exacto de Fisher				,008	,006
Asociación lineal por lineal	7,569	1	,006		
N de casos válidos	53				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,70.

**Tabla 60. Estimación de riesgo Institución versus Dependencia de Sustancia.**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Inferior	Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Institución (ICRPS / ID)	,153	<b>,037</b>	<b>,628*</b>
Para la cohorte Dependencia de Sustancia = No	,591	,403	,867
Para la cohorte Dependencia de Sustancia = Sí	3,862	1,256	11,879
N de casos válidos	53		

Aquí no se incluye el valor 1 en el intervalo de confianza del riesgo (0.037 a 0.628) y por lo tanto se rechaza la hipótesis nula de no asociación entre las variables Dependencia de Sustancia e Institución, esto indica que la Dependencia de Sustancia está relacionado con la Institución.

## 4. Resumen y discusión de los resultados

### 4.1. Resumen

Tabla 61. Resumen de los resultados.

HIPOTESIS		RESULTADO
H1	<i>La disfunción familiar será una variable significativa en los jóvenes codependientes.</i>	<p>En esta hipótesis decidimos utilizar los resultados del CAQ que define si el sujeto es codependiente o no. La variable Disfunción familiar fue agrupada en dos grupos de comparación: con o sin disfunción. Previo al análisis realizamos la prueba de homogeneidad de varianzas que indicó la igualdad de varianza (<math>p=0.811</math>), revelando que no hubo diferencia significativa entre las medias. La prueba T reveló que las personas que tienen Disfunción Familiar presentan diferencias en el número de áreas comprometidas (<math>t_{(53, 51)} = -2.038, p = 0.047</math>) en comparación con las personas que no tienen esta problemática, lo que confirma nuestra hipótesis.</p>
H2	<i>Las variables género, edad, renta familiar, escolaridad, religión, no estarán relacionadas significativamente con un alto índice de la codependencia de los jóvenes codependientes.</i>	<p>En esta hipótesis utilizamos los resultados de SF CDS que define los niveles de CD y para contrastar esta hipótesis utilizamos la Prueba T para la variable Género, la prueba Correlaciones Bivariadas para la variable Edad y para las demás variables independientes el ANOVA.</p> <p><b>Género versus SF CDS:</b> La prueba de homogeneidad de varianzas que indicó la igualdad de varianza (<math>p=0.791</math>). Los resultados de la prueba T (<math>t_{(53, 51)} = -0.957, p=0.343</math>) revelaron que no hubo diferencia significativa entre los resultados de las chicas y los chicos. Aunque la media de la CD de las chicas fue ligeramente más alta en comparación que la obtenida por los chicos no observamos ninguna conclusión significativa para determinar que las mujeres experimentan mayores niveles de CD que los hombres.</p> <p><b>Edad versus CD SF CDS:</b> Los valores de la Correlación de Pearson (<math>r</math>) es <math>r = -0.016</math>, por lo que es una relación inversa, por el signo negativo, pero muy débil entre las variables.</p> <p><b>Religión versus SF CDS:</b> La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza (<math>p=0.593</math>) y el valor del nivel crítico del análisis ANOVA (0.132) es mayor que 0.05 indicó que no hubo diferencia significativa de medias. No obstante la media de los chicos evangélicos codependientes fue mayor que las de los católicos y los que no contestaron. Sin embargo, debido al pequeño tamaño de algunas categorías de las variables debemos considerar este resultado a nivel tentativo debiendo ser contrastado con un estudio posterior con un número mayor de participantes.</p>

		<p><b>Escolaridad versus SF CDS:</b> Los resultados de la prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza (<math>p=0.245</math>) y el valor del nivel crítico del análisis ANOVA (0.325) fue mayor que 0.05, así aceptamos la hipótesis de igualdad de las medias no existiendo diferencia significativa entre ellas. Si bien que la media de CD de los sujetos que tiene mayor escolaridad son los que tienen una media más baja comparativamente que los demás. Sin embargo, el pequeño tamaño muestral de algunas categorías de la variable, solo nos permite considerar este resultado a nivel tentativo; se hace necesario contrastarse con un estudio posterior con un mayor número de participantes.</p> <p><b>Renta Familiar versus SF CDS:</b> La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza (<math>p=0.142</math>) y el valor del nivel crítico (0.081) indicó la igualdad de las medias, por lo que no encontramos una diferencia significativa entre las medias. Aun que la media de CD de los sujetos con menor renta familiar es más alta comparativamente que los demás.</p> <p>Dichos resultados encontrados corroboran nuestra segunda hipótesis.</p>
H3	<i>La muestra de jóvenes de Instituciones relacionadas con Conducta de Riesgo Psicosocial presentará mayores índices de alta codependencia que los jóvenes de Instituciones deportistas.</i>	<p>En esta hipótesis utilizamos los resultados de SF CDS que define los niveles de CD. Contrastamos esta hipótesis con la Prueba T. La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza (<math>p=0.062</math>). El valor del nivel crítico de la prueba T (<math>t_{53, 51} = -0.173</math>, <math>p=0.863</math>) indicó la hipótesis de igualdad de las medias, por lo que concluimos que las poblaciones definidas por la variable Institución poseen la misma CD media ya que no encontramos diferencia significativa entre ellas. Con relación a la estadística de los grupos la diferencia de medias no es significativa porque ambos han obtenido medias muy similares.</p>
H4	<i>Los jóvenes con altas puntuaciones de codependencia presentaran características psicológicas diferenciadas respecto a los de baja puntuación, según los aspectos evaluados a través de SF CDS y CAQ.</i>	<p>Para contrastar esta hipótesis utilizamos la ANOVA relacionando los resultados de las áreas comprometidas CAQ con los niveles de CD SF CDS. El resultado de la prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianzas, excepto en el área Negación del CAQ. Los valores de los niveles críticos del análisis ANOVA (0.046) de las áreas del CAQ Vergüenza/Culpa (0.020), Rabia (0.002), Rigidez y Confusión (0.001) fueron menores que 0.05 decidimos rechazar la hipótesis de igualdad de las medias en estas áreas. Concluimos que las muestras definidas por las variables Vergüenza/Culpa, Rabia, Rigidez y Confusión no poseen la misma media, o sea las diferencias entre las medias fueron significativas. En todas las variables restantes se acepta la hipótesis de igualdad de medias puesto que los valores críticos obtenidos son mayores de 0.05.</p>
H5	<i>Los jóvenes con altas puntuaciones de codependencia presentaran problemas con Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia, según</i>	<p>En esta hipótesis utilizamos los resultados de SF CDS que define los niveles de CD y la contrastamos con la Prueba T.</p> <p><b>Trastorno de Conducta:</b> Los resultados indicaron una igualdad de varianza (<math>p=0.089</math>). El valor del nivel crítico de la prueba T (<math>t_{53, 51} = -3.097</math>, <math>p=0.003</math>) es menor que 0.05 rechazando la hipótesis de igualdad de las medias ya que se encontró una</p>

	<p><b><i>los Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR<sup>TM</sup>.</i></b></p>	<p>diferencia significativa entre ellas, por lo que concluimos que los valores de CD en los adolescentes que manifiestan tener Trastornos de conducta son estadísticamente más elevados que los valores de CD de aquellos que no presentan trastornos.</p> <p><b>Abuso de Sustancia:</b> La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza (<math>p=0.081</math>). Aceptamos la hipótesis de igualdad de las medias puesto que el valor del nivel crítico de la prueba T (<math>t_{53, 51} = -0.942, p=0.351</math>) es mayor que 0.05, o sea no existe diferencia significativa entre las medias, y concluimos que las poblaciones definidas por la variable Abuso de Sustancia no se diferencian de las poblaciones que no indicaron Abuso de Sustancia..</p> <p><b>Dependencia de Sustancia:</b> La prueba de homogeneidad de varianzas indicó la igualdad de varianza (<math>p=0,634</math>). Puesto que el valor del nivel crítico de la prueba T (<math>t_{53, 51} = -1.443, p=0.155</math>) es mayor que 0,05 aceptamos la hipótesis de igualdad de las medias puesto que no existe diferencia significativa entre ellas y concluimos que las poblaciones definidas por la variable Dependencia de Sustancia no diferencian de la sin Dependencia de Sustancia.</p>
<p><b>H6</b></p>	<p><b><i>Se encontraran diferencias significativas entre las muestras por instituciones respecto a las variables presencia de CD, Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia.</i></b></p>	<p>Contrastamos esta hipótesis con la prueba de Chi Cuadrado y utilizamos los resultados de CAQ que indica la presencia o ausencia de la CD.</p> <p><b>Institución versus CD:</b> Como el valor de la Significación (Sig.) Asintótica de la prueba de Chi Cuadrado fue mayor que 0.05 aceptamos la hipótesis de independencia, es decir, no existe ninguna relación entre la Institución y la CD y por lo tanto ninguna ejerce influencia sobre la otra.</p> <p><b>Institución versus Trastorno de Conducta:</b> La prueba de Chi Cuadrado (0.315) indicó independencia entre las variables Institución y Trastorno de Conducta. El riesgo de CD es entre 0.166 y 1.793, tal intervalo de confianza indicó no haber relación entre las variables revelando que el riesgo de Trastorno de Conducta sería el mismo entre ambos grupos de jóvenes.</p> <p><b>Institución versus Abuso de Sustancia:</b> La prueba de Chi Cuadrado (.003) se rechaza la hipótesis de independencia entre las variables Institución y Abuso de Sustancia. El intervalo de confianza del riesgo (0.022 a 0.567) indicó que debemos rechazar la hipótesis nula de no asociación entre las variables Abuso de Sustancia e Institución, es decir, el Abuso de Sustancia está relacionado con la Institución.</p> <p><b>Institución versus Dependencia de Sustancia:</b> La prueba de Chi Cuadrado (0.005) mostró que no existe independencia entre las variables Institución y Dependencia de Sustancia. El intervalo de confianza del riesgo (0,037 a 0,628) no incluye el valor 1, por lo tanto debemos rechazar la hipótesis nula de no asociación entre las variables Dependencia de Sustancia e Institución y aceptar que la Dependencia de Sustancia está relacionada con la Institución.</p>

## 4.2. Discusión de los resultados

La revisión de la literatura de CD apuntó a la teoría de los expertos en que la familia disfuncional y la dinámica interpersonal fomentan y mantienen la CD. Nuestros resultados de la prueba T de Student viene a confirmar nuestra primera hipótesis: “La disfunción familiar será una variable significativa en los jóvenes codependientes”. Asimismo, como podemos observar en la tabla 26 (Estadísticos de grupo Disfunción familiar versus Áreas CAQ), el número de casos con disfunción familiar reportó arriba de cinco áreas comprometidas (media 5.29), lo que significa presencia de CD, diferentemente de los sin disfunción familiar (media 3.60). Tal resultado coincide con los estudios realizadas sobre la relación entre CD y las disfunciones familiares por los investigadores Charder (1996), Meyer (1996, 1997), Emmett (1995), Prest et al. (1998), Cullen y Carr (1999), Fuller y Warner (2000), Parker et al. (2003), Fischer et al. (2005) entre otros. Estas investigaciones destacan que para el desarrollo de la CD es necesaria una combinación de eventos estresores familiares. Asimismo, los hallazgos de los investigadores Reyome y Ward (2007), en una muestra de estudiantes de enfermería, indicaron una relación significativa entre CD y el abuso y la negligencia infantil; además las relaciones más fuertes fueron encontradas entre CD y las variables abandono emocional, maltrato emocional y el abuso físico. Con base en los hallazgos de los estudios anteriores y en el nuestro propio creemos ser necesario que futuras investigaciones sean direccionadas a conocer más detalladamente cuales podrían ser las combinaciones de eventos estresores familiares que propician el desarrollo de la CD. De igual manera creemos ser importante buscar cual es el estilo de crianza que protegería al joven a desarrollar la CD y/o prevenir sus manifestaciones contraproducentes.

La segunda hipótesis de esta tesis suponía que el género, la edad, la renta familiar, la escolaridad y la religión no estarían relacionados significativamente con el alto índice de CD en los jóvenes; los resultados de los análisis confirmaran dicha hipótesis. Nuestros hallazgos en lo que se refiere al género coinciden con algunas investigaciones realizadas donde no encontraron relación entre el género y CD (Harrington, 1995) y tampoco hallaron diferencias significativas entre la CD de hombres y mujeres (Cowan & Warren, 1994; Cullen & Carr, 1999; Gotham & Sher, 1995; Springer et al., 1998; Yearing, 2003). No obstante, es interesante observar que las medias de CD evaluadas por la SF CDS presentadas por las mujeres fueron ligeramente más altas coincidiendo con las investigaciones realizada por Lindley et al. (1999) y, Fuller y Warner (2000).

Tanto las investigaciones anteriores como la nuestra indicaron que ser codependiente no está condicionado al género. En este punto levantamos algunas cuestiones como propuestas para futuras investigaciones. ¿Por qué los niveles SF CDS, aunque ligeramente, son más altos en las jóvenes? ¿Podría ser debido a una cuestión sociocultural en la crianza de las niñas que refuerzan los roles de cuidado hacia a los demás y/o negación de sí mismo en conjunto con una baja autoestima? O al revés, la crianza de los niños limita la expresión de los sentimientos de *nurturing* hacia a los demás. En muchas culturas la crianza del niño desvaloriza la expresión libre de sus emociones, necesidades y miedos, valorizando la valentía, el coraje, la agresividad y etc. Con este raciocinio pensamos que tanto los hombres cuanto las mujeres puedan ser codependientes, lo que os va diferencias es la manera que la CD se manifiesta desde temprana edad.

Por otro lado, creemos que algunas preguntas de los instrumentos que utilizamos para evaluar la CD podrían ser consideradas por los respondientes como roles muy femenino principalmente en una edad donde los papeles sexuales empiezan a ser cuestionados y juegan un factor importante en el auto-concepto del adolescente. De este modo, las ideas preestablecidas y aprendidas de los roles culturales masculinos y femeninos podrían influenciar al puntaje de la evaluación de CD en la adolescencia. En este caso sería interesante hacer una adaptación de los instrumentos para futuras aplicaciones en esa franja etaria. Así como, el desarrollo o adaptación de un instrumento que evaluará la CD en los sujetos con preguntas neutrales en relación a los roles de género, con especial cuidado en aquellos considerados características femeninas o masculinas negativas o poco deseables en el sexo opuesto.

Con relación a la edad, generalmente las investigaciones existentes en ambos sexos fueron realizadas en un rango de edad de 18 a 91 años. Asimismo, en nuestro análisis bibliométrico apenas encontramos estudios realizados en poblaciones con edades mínimas de 12 y 13 años (Emett, 1995; Fischer et al., 2005; Wells et al., 2006).

En nuestra investigación los participantes eran muy jóvenes, la media del rango de edad de la población fue de 15,8 años (femenina) y 17 años (masculina). Nuestros resultados indicaron que la edad no está asociada a CD coincidiendo con los resultados anteriores (Fischer et. al, 1991). Concluimos que los rasgos de CD ya existen en edades más tempranas independientemente si el joven adolescente empieza a manifestar sus efectos negativos (conductas autodestructivas y contraproducentes) en su vida. Este hecho nos lleva a ser muy positivos con relación proponer el desarrollo de terapias de

intervención individual y familiar, de tratamiento de la CD y de prevención de las CRPS, desde el prisma de la CD antes de que se instalen sus negativas consecuencias.

Referente a la variable religión, Emmett (1995) encontró que las chicas de familia religiosa puntuaron más alto en CD, no obstante los resultados de nuestra investigación apuntaron que los católicos y los evangélicos tuvieron la misma CD media en la variable religión. Aunque la media de los chicos evangélicos codependientes fue mayor que las de los católicos y los que no contestaron, el número de participantes evangélicos fue muy pequeño para ser considerado significativo.

Relativo a la escolaridad nuestros resultados muestran que los jóvenes participantes tienen la misma CD media, aunque se observa una media más baja en los sujetos con mayor escolaridad en comparación con los demás.

Con relación a la variable renta familiar aun que la media de la CD encontrada en los sujetos con una menor renta familiar es más alta comparativamente que los demás. No obstante, los resultados encontrados indican que los participantes poseen la misma CD media por lo que concluimos que la renta familiar no está relacionada con la CD. Además estos resultados son congruentes con las investigaciones de Fischer et al. (1991).

En suma, las características demográficas tales como género, edad, renta familiar, escolaridad, religión, institución a la cual pertenece en nuestra investigación demostraron ser ajenos a la CD.

En la tercera hipótesis predijimos que los jóvenes relacionados con las ICRPS presentarían un índice más alto en CD en relación a los de las ID. Los resultados de la prueba T de Student de nuestra investigación no confirmaron esta hipótesis indicándonos que la institución a la cual pertenece o participa el joven no guarda relación con la CD; es decir, ser codependiente independe de practicar un deporte de manera profesional y/o cometer o haber cometido algún acto infractor, ya que ambos jóvenes presentaron las mismas medias de CD. Quizás en este punto podríamos concluir que la práctica de deporte ayuda al codependiente a evitar conductas autodestructivas y conflictivas, reforzando su autoestima y su auto-concepto a través de los logros saludables.

Nuestra cuarta hipótesis predijo que los jóvenes que obtuvieran altas puntuaciones de CD presentarían características psicológicas diferenciadas de los de bajas puntuaciones, según los aspectos evaluados a través de SF CDS y CAQ. Nuestros resultados indicaron que los jóvenes con alta CD SF CDS tienen síntomas diferenciados a los de baja: ellos sienten más vergüenza/culpa y rabia, son más rígidos y confusos.

Según estos resultados y fundamentándonos en los creadores del CAQ (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989a) caracterizamos a los jóvenes con altas puntuaciones en el SF CDS como jóvenes con índices más altos de: a) vergüenza/culpa: sentimientos persistentes de vergüenza o de culpa (por el comportamiento, el dolor y los problemas de los demás y el suyo), aislamiento de los demás con el objetivo de ocultar la familia o la vergüenza personal, odio a sí mismo, y comportamiento arrogante vinculado a la baja autoestima; b) rabia: rabia persistente hacia al familiar o/y familia disfuncional, o a sí mismo, cuando se enfurece teme descontrolarse, rabia espiritual, tiene una conducta agresiva pasiva, particularmente hacia el familiar disfuncional; c) rigidez: inflexibilidad cognitiva, afectiva (persistiendo los sentimientos como culpabilidad, compasión, rabia), comportamental (incluyendo rigidez de rol), moral y espiritual; y d) confusión: incertidumbre constante sobre qué es normal, verdadero, sentimientos (incluyendo propensión a interpretar mal todos los sentimientos con un rotulo), credulidad e indecisión.

Como quinta hipótesis predijimos que los jóvenes con altas puntuaciones de CD presentarían problemas con Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia, según los Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR<sup>TM</sup>. Nuestros resultados indicaron que el Abuso de Sustancia y la Dependencia de Sustancia poseen la misma media de CD mientras que los jóvenes que presentaron Trastorno de Conducta puntuaron más alto nivel de CD que los demás. Concluimos que la CD está relacionada con el Trastorno de Conducta pero no con el Abuso y la Dependencia de Sustancia de los participantes.

Algunos autores destacan el Abuso y la Dependencia de Sustancia del codependiente como consecuencias de la CD (Beattie, 1987/1998; Fischer et al., 1991; Whitfield, 1991). En el período investigado en la Base de datos PsycINFO apenas encontramos investigaciones que buscan esta relación, aun así sus resultados son contradictorios. Los hallazgos de la investigación de Harrington (1995) realizada con personas mayores de 18 años (alcohólicos y dependientes químicos en tratamiento, familiares y consejeros iniciando su entrenamiento) indicaron que los subgrupos de alcohólicos y dependientes químicos, familiares y los estudiantes, demostraron ser significativamente diferentes entre ellos en cuanto a la CD,  $F(1,94) = 6.92$ . Mientras que el estudio de Baker (1997) realizado con estudiantes discapacitados, mayores de 18 años, no encontró una relación significativa entre CD y tener problemas con el Abuso de Sustancia. Del mismo modo, también Sedlak et al. (2000) no encontró asociaciones significativas entre el consumo de alcohol y la CD (entre otras variables) en mujeres mayores de 65 años.

Resaltamos que en nuestra revisión de la literatura no hallamos ninguna investigación realizada en jóvenes con el mismo rango de edad (14 a 19 años) utilizado por nosotros, que buscase la relación entre el Abuso y la Dependencia de Sustancia del sujeto con la CD del mismo, por lo que no fue posible corroborar nuestros resultados con estudios anteriores.

En suma, observamos que la mayoría de las investigaciones realizadas hasta el momento con estas variables buscan relacionar la CD de los familiares de los alcohólicos y dependientes químicos con el problema de adicción del dependiente y no al revés. De este modo, concluimos que se hacen necesarias mayores investigaciones que evalúen la CD en los abusadores y dependientes químicos adolescente joven para contrastar nuestra investigación una vez que el tamaño de nuestra muestra era muy pequeño para ser generalizado.

Cermak (1986a) defendió que CD fuera incluida como un trastorno de personalidad en el DSM argumentando que tales criterios situaban el fenómeno en el marco de Trastorno de Mixto de la Personalidad. Él desarrolló un criterio al estilo del DSM para diagnosticar el Trastorno de la Personalidad por CD. En este sentido, fueron realizadas diversas investigaciones que van poco a poco respaldando la propuesta de Cermak. Los hallazgos de estas investigaciones indicaron: a) un solapamiento entre las características de la CD y el Trastorno de la Personalidad límite (Bird, 1996); b) CD fue mejor predicha por el Trastorno de la Personalidad pasivo-agresivo y alta CD SF CDS por el Trastorno de Personalidad evitativo (Charder, 1996); c) una correlación positiva de CD con los Trastornos Límite, Distimia, Ansiedad y Pasivo-agresivo además CD tuvo una correlación no significativa o negativa con los trastornos que reflejan características incompatibles con los comportamientos codependientes (antisocial, narcisista) (Roehling & Gaumont, 1996); d) los participantes codependientes presentaron un estilo de afrontamiento desordenado evitativo contraproducente, y comportamiento interpersonal acompañados por los rasgos pasivo-agresivo, dependiente y esquizoide, sin embargo, parecían estar funcionando adecuadamente (Loughead et al., 1998); e) CD está relacionada con un único conjunto de características de personalidad más estrechamente asociadas con características de personalidad contraproducente, pero no con dependientes y abiertamente narcisistas (Wells, Glickauf-Hughes & Bruss, 1998); f) una correlación positiva significativa entre los rasgos codependiente y límite, y una correlación significativa pero más débil entre los rasgos codependiente y dependiente (Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006). En suma, las investigaciones realizadas coinciden en sus

hallazgos sobre la existencia de una relación entre CD y los Trastornos de la Personalidad límite, Pasivo-agresiva, Evitativo, Contraproducente. No obstante, según los resultados ahora mencionados aún parece haber divergencia sobre la existencia de una relación de CD y el Trastorno de Personalidad Dependiente.

Del mismo modo Zampiere (2004a; 2004b; 2004c) defiende que el fenómeno sea incluido en el CID-10<sup>13</sup> como un trastorno de personalidad distinto de los demás trastornos ya que configurase en los criterios generales para tales trastornos presentando asimismo aspectos peculiares. Para tanto la autora propone para su diagnóstico criterios objetivos al estilo del CID-10.

En nuestra investigación buscamos encontrar una relación entre CD y el Trastorno de Conducta en jóvenes adolescentes, no encontramos ningún estudio ya realizado en este sentido. Nuestros resultados apuntaron existir una relación entre estas variables y este es quizá nuestro hallazgo más significativo y una importante aportación a la teoría de la CD.

Finalmente, en la última y sexta hipótesis pronosticamos que existiría diferencias significativas entre los jóvenes de la ICRPS y los de la ID en la presencia de CD, Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia. Nuestros hallazgos indicaron que el adolescente puede presentar la CD y el Trastorno de Conducta independiente de la institución a la que participa. Sin embargo, la presencia del Abuso de Sustancia y la Dependencia de Sustancia está directamente relacionada con esta variable, lo que era de suponer puesto que los jóvenes ICRPS justamente están cumpliendo las medidas socioeducativas por conductas infractoras muchas veces causadas por el consumo y/o abuso de alcohol y otras sustancias.

## **5. Conclusiones e implicaciones**

Con relación a nuestro primero hallazgo sobre la Disfunción familiar, nuestra investigación sin pretender generalizar los resultados corrobora a la teoría de CD y los diversos resultados de las investigaciones anteriores realizadas sobre esta variable. Para futuras investigaciones sugerimos que se busque combinar los diversos tipos de disfunción familiar a fin de averiguar cual son las variables combinadas que predisponen o que más predisponen el individuo a desarrollar la CD así como cual la combinación que resulta ser más protectora. Asimismo, pensamos que una importante clave para la protección contra el desarrollo de la CD, un estilo de crianza participativo, sea muy

---

<sup>13</sup> CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

favorable y promueva el desarrollo de sanas estrategias de afrontamiento frente a los estresores familiares inherentes en a la realidad de la vida de toda familia y por el simple hecho de vivir. De este modo sería oportuno futuros estudios que abordasen más detenidamente la relación entre los diferentes tipos de crianza y la CD.

Los resultados del análisis de las variables demográficas en este estudio no fueron significativos y vinieron a confirmar estudios anteriores, por lo que no daremos mayor protagonismo a ellos en este apartado.

El perfil del joven con alta CD dibujado por las diferencias psicológicas evaluadas por la SF CDS y el CAQ, indica que él se avergüenza y se culpa por los problemas y el dolor de la familia disfuncional así como por los suyos. Sus límites del yo están dañados pues no ve claramente donde empieza y termina sus familiares y él. De ese modo es muy vulnerable a las opiniones y valoraciones ajenas respecto a si mismo y a su familia. Esas características psicológicas asociadas a las características propias de la etapa evolutiva de la adolescencia vista en el Capítulo II, poden hacer el adolescente más vulnerable todavía a desarrollar los síntomas autodestructivos de la CD.

Puntuamos que el pequeño tamaño de muestra del actual estudio puede restringir su generalidad; sin embargo, los resultados significativos con grupos pequeños pueden indicar que las diferencias que fueron encontradas son las diferencias verdaderas y serían incluso más fáciles de detectar en muestras más grandes. Acreditamos que la CD es un antecedente al desarrollo del Trastorno de Conducta y vemos ser necesaria la investigación continuada para entender la relación entre CD, el Trastorno de Conducta y las CRPS de los jóvenes adolescentes.

## **6. Limitaciones del estudio**

Los resultados del actual estudio se deben ver teniendo en cuenta sus limitaciones y por ello requieren precaución en generalizarlos.

Obtuvimos un pequeño tamaño de la muestra debido a los criterios definidos por el investigador para la obtención de la muestra clínica (jóvenes infractores cumpliendo medidas socioeducativas), el carácter de voluntariedad para el reclutamiento de los participantes y, principalmente, a la delicada y comprometedor situación de los jóvenes que podrían participar de la presente investigación (estos jóvenes podrían tener problemas, o no, de CRPS, con trafico de drogas, etc.). Este hecho fue una de las principales limitaciones de nuestro estudio una vez que no nos permitió realizar el análisis

de los estresores familiares por tipos de evento estresor como descritos en el apartado 3.1 Cuestionario demográfico – Bloque B Disfunción familiar. Solamente fue posible el análisis limitada de los subgrupos (con disfunción familiar y sin disfunción familiar).

Como análisis adicional a de las hipótesis pretendíamos verificar aún la relación la CD con las variables Profesión, Actividad, Composición familiar, Jefe de la familia, Con quien vive, Cometer acto infractor y tipo de actor infractor, Problemas con autoridades, Familiar dependiente químico en tratamiento, y Tipo de sustancia y frecuencia de consumo. No obstante, el pequeño numero de participantes y la gran variedad y diversidad de respuestas en estas preguntas imposibilitaron establecer categorías y grupos de comparación y el subsecuente análisis.

Aún que aseguramos a los participantes el carácter de confidencialidad de la investigación hay que considerar hasta que punto se logró la confianza y honestidad de todos los participantes al contestaren a los instrumentos aplicados para la evaluación del Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia. Esta seria otra limitación de esta investigación.

Asimismo acreditamos que a pesar de la solidez de los instrumentos para evaluar a CD utilizados en nuestro estudio, un instrumento diseñado específicamente para las características adolescentes se aproximaría más de la realidad de este rango de edad.

## Capítulo V

### **CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS**

En esta investigación se logró una aproximación exploratoria, descriptiva, comparativa, utilizando tanto metodología cualitativa como cuantitativa, del constructo CD y de la influencia de la CD en las CRPS de los jóvenes adolescentes brasileños de 14 a 19 años. Para alcanzar los objetivos estipulados, esta tesis ha sido realizada en dos grandes bloques empíricos: 1) El estudio bibliométrico sobre la CD y 2) El estudio sobre la CD y su influencia en las CRPS de los jóvenes brasileños.

La finalidad del primer bloque consistió en investigar, mediante un estudio bibliométrico, el desarrollo y la evolución de la literatura sobre CD a través de la producción científica publicada en la Base de datos PsycINFO desde su aparición hasta 2008. El análisis de las características y evolución de la literatura contenida en PsycINFO nos permitió una aproximación a la CD, este novedoso constructo, desde una perspectiva que nos permitió delimitar: el ámbito de estudio, la identificación de los núcleos temáticos, los autores más relevantes, la estructura social e intelectual subyacente en dicho campo, los centros o instituciones que intervinieron en la producción científica, los países y los principales idiomas en que han sido publicados, etc.

El segundo bloque tuvo como finalidad investigar a través de un estudio empírico la influencia que podría tener la CD en las CRPS en adolescentes. Se ha buscado una nueva perspectiva para aproximarse a la problemática de las CRPS cada vez más presentes en la vida de las familias, de los jóvenes y de la sociedad en general. Se ha intentado encontrar la relación entre la CD adolescente y algunas variables ya estudiadas en investigaciones anteriores (socio-psico-demográficas, estilos parentales y de apego) y que hemos podido comprobar en nuestro análisis bibliométrico, además de otras, como Trastorno de Conducta, Abuso de Sustancia y Dependencia de Sustancia, que todavía no fueron

investigadas (Trastorno de Conducta) o apenas existe investigación (como en las dos últimas).

A continuación expondremos nuestras conclusiones y aportaciones personales resultantes de esta investigación.

## **1. Conclusiones y aportaciones personales**

Las conclusiones generales del primer bloque “El estudio bibliométrico sobre la CD” (fase 1), corresponden al Objetivo 1 de esta tesis.

El análisis de las características y evolución de los 433 documentos recopilados de PsycINFO demostró que CD es un constructo novedoso cuya investigación científica fue motivada por la preocupación y la lucha de Estados Unidos contra las dependencias químicas como se ha visto en la primera revisión de la literatura sobre el tema. A consecuencia de este contexto histórico se puede entender la trayectoria y la destacada productividad de Estados Unidos sobre CD.

En esta fase de la investigación se demostró que este novedoso constructo acumula escasos autores moderados. La mayoría de los autores están afiliados a las universidades, y son transeúntes, es decir, han firmado un solo documento sobre el tema. El análisis también demostró una gran diversidad de las variables investigadas, algunas con comprobada relación con la CD y corroboradas por más de una investigación. Este análisis tuvo su importancia puesto que contribuyó a seleccionar las variables a ser investigadas en el cuestionario demográfico de esta tesis. Además, se identificaron los instrumentos de evaluación de CD más utilizados y con mayores evidencias empíricas lo que ayudó en la elección de los instrumentos utilizados en nuestra investigación.

Por otro lado, no se encontró ningún estudio relacionado con la propuesta de esta tesis, lo que nos demuestra que existe un vacío en la literatura con relación a la influencia de la CD en las CRPS de los jóvenes adolescentes. La gran dispersión de los autores y de las variables investigadas apunta a la complejidad y amplitud de este campo de estudio y pone de manifiesto la necesidad de ser investigado y delimitado. De igual manera, el vacío en la literatura sobre el tema propuesto en la presente investigación respalda la importancia y relevancia de la misma.

Con respecto al segundo bloque (fase 2), investigamos la CD e identificamos las variables demográficas y psicológicas influyentes en CD evaluada con el SF CDS y CAQ, en jóvenes (14-19 años) con CRPS y CD que cumplen medidas socioeducativas y en

jóvenes deportistas de la ciudad de São João del-Rei (Brasil). Además, analizamos la relación de la CD y las CRPS (Abuso y Dependencia de Sustancia y Trastornos de Conducta según el DSM-IV-TR<sup>TM</sup>) en estos jóvenes (Objetivos 2 y 3). Todo ello se fundamentó en el marco teórico y en los resultados del Estudio Bibliométrico (fase 1).

A través de los resultados obtenidos en este bloque concluimos que la Disfunción Familiar tiene una importante relación con la CD. No obstante, es necesaria una combinación de varias disfunciones familiares para que se desarrolle el trastorno. Coincidimos con la literatura revisada y con otras investigaciones realizadas anteriormente (e.g.: Fischer et al., 2005; Reyome y Ward, 2007, entre otros). De este modo, enfatizamos la necesidad de futuras investigaciones donde se busque precisar el conjunto de eventos estresores más perjudiciales. Por otro lado, sería oportuno realizar futuros estudios que abordasen más detenidamente la relación entre los diferentes tipos de crianza y la CD. ¿Cuál podría ser el estilo de crianza más adecuado para proteger al adolescente de desarrollar la CD y prevenir sus consecuencias autodestructivas? Añadiendo al aspecto de prevención de las consecuencias, nuestros resultados apuntaron que ser codependiente no depende de practicar un deporte de manera profesional y/o cometer o haber cometido algún acto infractor. Una vez que los jóvenes ID apenas relataron problemas con CRPS concluimos que practicar deporte ayuda al codependiente a evitar dichas conductas porque refuerza sus autoestima y auto-concepto a través de los logros saludables, a la vez que le estimula hacia objetivos personales.

En nuestra investigación los jóvenes con alta CD presentaron índices más altos de sentimientos de vergüenza/culpa, rabia, rigidez y confusión. Por lo que concluimos, fundamentándonos en Potter-Efron & Potter-Efron (1989a), que estos jóvenes poseen altos índices de: a) sentimientos persistentes de vergüenza o de culpa (por el comportamiento, el dolor y los problemas de los demás y el suyo), aislamiento de los demás con el objetivo de ocultar la familia o la vergüenza personal, odio a sí mismo, y comportamiento arrogante vinculado a la baja autoestima; b) rabia persistente hacia al familiar o/y familia disfuncional, o a sí mismo, cuando se enfurece teme descontrolarse, rabia espiritual, tiene una conducta agresiva pasiva, particularmente hacia el familiar disfuncional; c) inflexibilidad cognitiva, afectiva (persistiendo sentimientos como culpabilidad, compasión, rabia), comportamental (incluyendo rigidez de rol), moral y espiritual; y d) incertidumbre constante sobre qué es normal y verdadero, unido a propensión a interpretar mal los sentimientos, credulidad e indecisión.

Esta fase de la investigación ha puesto en evidencia la significativa relación entre el Trastorno de Conducta y la CD, siendo éste nuestro más importante hallazgo. Autores como Cermak (1986a) defendió que CD fuera incluida como un trastorno de personalidad en el DSM y Zampiere (2004a; 2004b; 2004c) defiende que el fenómeno sea incluido en el CID-10 como un trastorno de personalidad distinto de los demás trastornos. Nuestra investigación apunta una relación con el Trastorno de Conducta, otras investigaciones ya citadas en este trabajo también encontraron relación con otros Trastornos de Personalidad (e.g.: Hoenigmann-Lion & Whitehead, 2006). Eso nos lleva a concluir la importancia de realizar más investigaciones en este sentido para que se pueda lograr la inclusión de CD como un trastorno de personalidad distinto a los demás trastornos. Este hecho podría abrir las puertas de la salud emocional/mental, física y el bienestar de muchísimos codependientes. No tener su enfermedad “legalizada” por el DSM, CID u otro que lo corresponda, hace que no reciban el tratamiento adecuado y perpetúen sus conductas autodestructivas con sus consecuencias en sí mismos y al su alrededor.

Finalmente, presentamos nuestras aportaciones teórico-prácticas sobre la codependencia en jóvenes (Objetivo 4).

Para lograr una aproximación conceptual a la CD, en el apartado 2. “Planteamiento y significación del problema”, realizamos una serie de reflexiones e indagaciones en las cuales nos proponíamos buscar respuestas sobre el fenómeno CD.

Como vimos en los resultados del primer bloque, son muchísimas las variables estudiadas relacionadas con rasgos, dimensiones y trastornos de la personalidad. Entre este amplio abanico destacan algunas por haber sido corroboradas por diversos investigadores; éstas sugieren que la persona codependiente podría presentar: Alta ansiedad, baja autoestima, locus de control externo, baja percepción de locus de control interpersonal, depresión y trastornos alimentarios, fundamentalmente. En este sentido, los resultados de la primera fase indicaron que las investigaciones apoyan la teoría de CD: una persona codependiente tiene baja autoestima. Por otro lado, los resultados del segundo bloque indicaron un alto nivel de vergüenza/culpa, rabia, rigidez y confusión presentes en jóvenes con nivel alto de CD. Indicaron además una significativa relación entre Trastorno de Conducta y CD. Sin embargo, creemos que no estamos en condiciones todavía para contestar completamente a la pregunta de si la CD es una característica de personalidad, un estilo de personalidad o un trastorno de personalidad.

La revisión de la literatura y los resultados de ambos bloques dejan bien reflejada la conceptualización de CD como un comportamiento aprendido, como estrategia de

afrontamiento para sobrevivir a los estresores familiares crónicos. Las investigaciones corroboran la afirmación de que la CD está relacionada con la disfunción familiar. Además, es conocido el papel de referencia que la familia ejerce en sus miembros y que las estrategias de afrontamiento son los mecanismos de defensa ante situaciones de supervivencia de los individuos. De ese modo, creemos que la CD puede ser un comportamiento aprendido a falta de estrategias de afrontamiento adecuadas.

Nuestra investigación bibliométrica y la revisión de la literatura realizada nos permiten afirmar que se trata de un concepto muy presente en el ámbito de investigación científica. Asimismo, como podemos comprobar a través de buscadores en la Red y bibliotecas, la información encontrada hasta el momento parece indicar que su utilización en el ámbito profesional está estigmatizada y, quizás por eso, limitada al ámbito de las dependencias químicas así como de las relaciones de pareja.

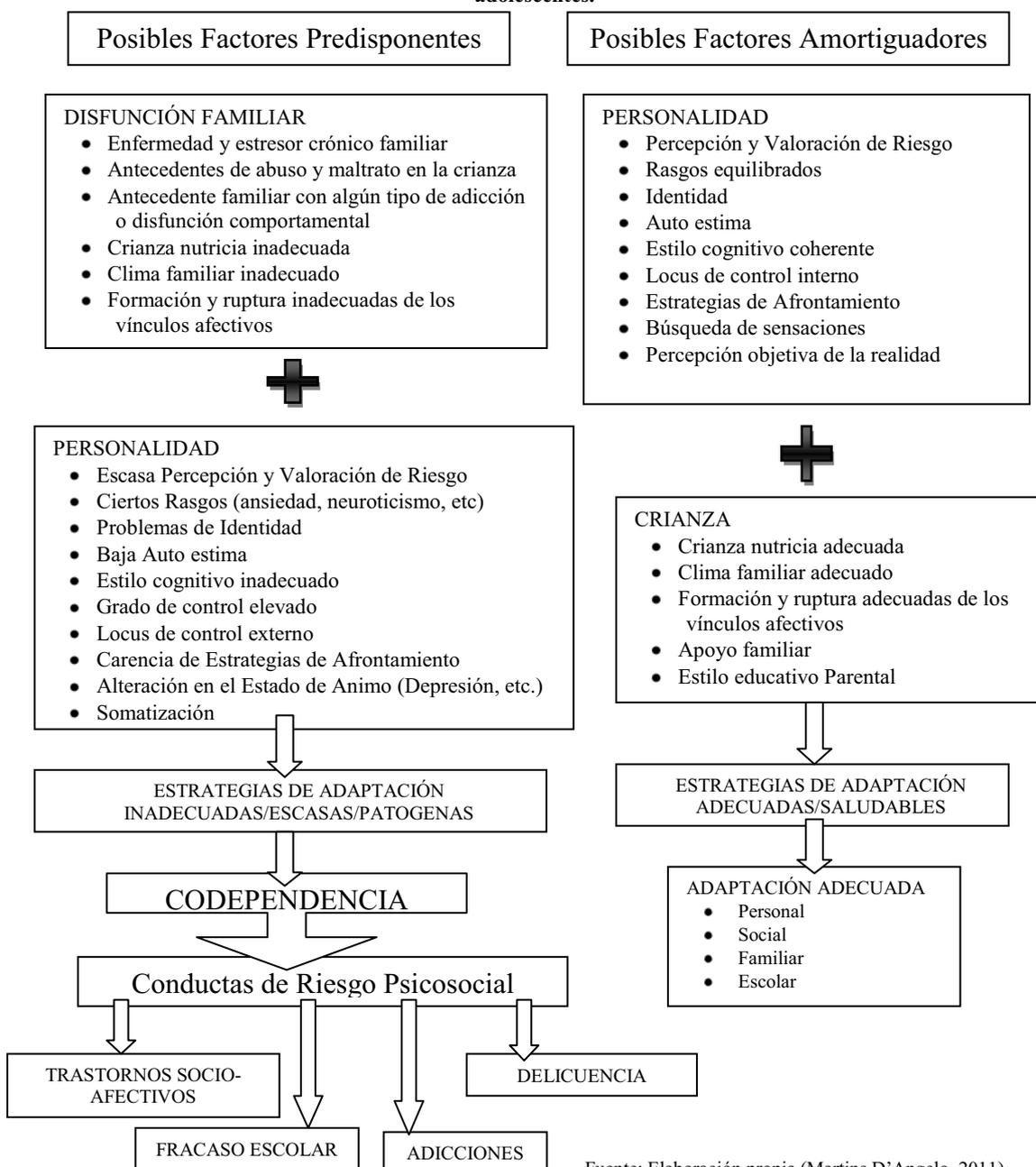
Como aportación personal a la teoría de la CD, a partir de la literatura y de nuestros resultados (Bloques 1 y 2) proponemos la siguiente aproximación a la CD en la adolescencia: En la vida de muchos jóvenes, frecuentemente, ocurre más de un evento problemático como la negligencia en nutrir sus necesidades básicas, problemas familiares crónicos, algún tipo de maltrato y abusos combinados con el abuso de alcohol y drogas en una familia, etc., la cronicidad de estos eventos promueve comportamientos codependientes en los jóvenes como estrategia de supervivencia al caos vivido. Además, dañan su confianza y su manera de verse y también de ver el mundo. Sin herramientas necesarias para afrontar los problemas familiares y los suyos propios, los jóvenes buscan en las conductas delictivas y en las sustancias químicas alivio para sus males y su dolor emocional. Se ven como malas personas indignas de ser amadas y merecedoras de ser castigadas. Cuando el adolescente no encuentra el apoyo adecuado en su entorno familiar, estos comportamientos son intensificados y se vuelven compulsivos y la vez autodestructivos. Dicho eso, creemos que una intervención educativa temprana con la familia y con los profesionales que trabajan con los niños y jóvenes adolescentes, es capaz de prevenir el desarrollo de la CD así como sus nefastas consecuencias en la vida del individuo, su familia y toda la institución y sociedad implicada.

Con relación a la variable psicológica Autonomía personal no está muy claro si la CD sea una resultante de su ausencia o no. De igual manera, no nos fue posible contestar en que situaciones emerge la codependencia en relación con la problemática de personas próximas, aunque nuestras investigaciones (bibliométrica y con los adolescentes) indican que la disfunción familiar es un factor predisponente en la CD. Sería interesante que se

realizasen futuras investigaciones para delimitar mejor estas variables. Concluimos resaltando la importancia de nuestros hallazgos con relación al Trastorno de Conducta y la necesidad de seguir investigando en este sentido.

Como segunda aportación personal proponemos un modelo explicativo de la relación entre la CD y las CRPS en los jóvenes adolescentes (Figura 18) que está fundamentado en la definición de CD del National Council on Codependence (1990) citada en la Tabla 1, en nuestro análisis de las definiciones constantes en esta misma tabla (Véase apartado 4. Definiciones de codependencia) y en los modelos de la etiología de la CD citados en el Apartado 6. Algunos modelos de la etiología de la Codependencia.

**Figura 18. Nuestro modelo de Relación entre Codependencia y las Conductas de Riesgo Psicosocial en los jóvenes adolescentes.**



Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

A continuación presentamos nuestra aportación personal a la intervención psicosocial preventiva de las Conductas de Riesgo Psicosocial en relación con la Codependencia.

Los principales hallazgos del segundo bloque de la investigación de esta tesis coinciden con estudios realizados anteriormente por otros autores como ya hemos mencionado (4.2. Discusión de los resultados en el Capítulo IV) en cuanto a la relación de las variables supuestamente influyentes sobre la CD y las CRPS; asimismo, ofrecen una importante e innovadora aportación sobre la relación entre la CD y el Trastorno de Conducta de los jóvenes.

La vasta literatura encontrada en PsycINFO muestra que el constructo CD está siendo estudiado con criterio científico dejando atrás las críticas feministas y populistas y yendo más allá de los libros de autoayuda. Por tratarse de un tema novedoso, aun queda mucho que investigar a fin de delimitar el concepto, sus orígenes, sus síntomas y sus consecuencias. Resulta claro por el Estudio Bibliométrico realizado que aun existe una gran dispersión en los temas investigados así como en los tipos de investigaciones realizadas y que intentan profundizar en sus misterios. Pensamos que esto se debe a la misma naturaleza multifacética del constructo. Este hecho, no obstante, lejos de cerrar las puertas a futuras investigaciones, debe ser un estímulo para futuros estudios que venga a mapear este innegable fenómeno. Nuestra investigación con los jóvenes adolescentes con CRPS mostró una nueva faceta inexplorada del constructo: el Trastorno de Conducta.

Encontrar una relación significativa entre CD y Trastorno de Conducta trae a la luz un nuevo rumbo a la investigación de ambos conceptos y, principalmente, a la temática de las conductas delictivas de los adolescentes, a la vez que refuerza el papel de la salud mental y de la dinámica familiar en una formación emocional equilibrada y sana.

Queremos plantear un enfoque preventivo en este ámbito dando un nuevo rumbo a la intervención psicosocial de la persona y su entorno. Nos referimos a la consideración del concepto de Resiliencia. Numerosas investigaciones y publicaciones sobre el tema están teniendo incidencia en el contexto educativo y terapéutico desde el enfoque optimizador de la Psicología Positiva<sup>14</sup> (Seligman). Nos parece sumamente importante en la recuperación de las personas con tendencia al perfil de codependiente y/o CRPS la adquisición de recursos psicosociales que fomenten la resiliencia. Diversos autores han propuesto abundantes definiciones de resiliencia. En nuestro trabajo, puesto que no tratamos aquí de disertar sobre resiliencia ni nos aportaría mucho a la nuestra discusión,

---

<sup>14</sup> <http://spanish.authentic happiness.org/Default.aspx>

nos limitaremos a citar algunas de especial importancia en nuestra investigación por incluir algunos elementos de la recuperación de la CD (como por e.g. asumir la historia pasada y crear nuevas, positivas y funcionales estrategias de afrontamiento). Resaltamos las siguientes:

1. La capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar del estrés o de una adversidad que implica un grave riesgo de resultado negativo (Vanistendael, 1996).

2. Ser resiliente, más que recuperarse, significa crecer hacia algo nuevo y proyectarse sin negar el pasado (Vanistendael, 2002).

3. Resiliencia es recuperarse y vencer adversidades como la enfermedad, trauma o estrés y las crisis de la vida, saliendo adelante, resistiéndolas y superándolas, para seguir viviendo lo mejor posible (Manciaux, 2003).

4. Otra contribución interesante es la de Cyrulnik desde un enfoque psicosocial de la etología humana y de la teoría del apego de Bowlby. El autor hace referencia a la resiliencia como una *reanudación de su evolución psíquica*:

*“... la reanudación de su evolución psíquica, su resiliencia, esa capacidad para soportar el golpe y restablecer un desarrollo en unas circunstancias adversas, debe procurarse, en tal caso, mediante el cuidado del entorno, la actuación sobre la familia, el combate contra los prejuicios o el zarandeo de las rutinas culturales, esas creencias insidiosas por las que, sin darnos cuenta, justificamos nuestras interpretaciones y motivamos nuestras reacciones.”* (Cyrulnik, 2002, p. 26).

5. “La resiliencia humana es un atributo natural y universal de supervivencia, que se compone de ingredientes biológicos, psicológicos y sociales.” (Rojas Marcos, 2011, p. 63).

6. Grotberg (2008) argumenta que la mayoría de las definiciones de resiliencia son diversificaciones de ésta: “Resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (p. 20).

En síntesis, de este modo, entendemos la resiliencia como la capacidad del ser humano de desarrollar estrategias de afrontamiento sanas y funcionales a pesar de las experiencias traumáticas y negativas vividas, transformándolas en factores positivos que estimulan su desarrollo y logrando la superación de la experiencia negativa vivida. Según Bueno Bueno (2010), la resiliencia es un fundamento importante para diseñar un programa de intervención para los jóvenes de riesgo psicosocial puesto que las adversidades (obstáculos o conflictos) vividas por estos jóvenes, les permiten aprender a

confrontarlas, superarlas y dar coherencia a sus vidas, convirtiéndose así en personas resilientes. La resiliencia “construye futuros posibles sobre la esperanza humana y la consecución de la felicidad ante los sufrimientos, los traumas y el dolor padecido” (Parcerisa Aran, Giné Freixes & Forés Miravalles, 2010, p.99). Numerosas investigaciones han sido realizadas en las últimas décadas sobre la resiliencia en niños y adolescentes. Citamos algunas de ellas (Tabla 62):

**Tabla 62. Algunas investigaciones realizadas sobre resiliencia en adolescentes.**

<b>Situaciones de riesgo psicosociales</b>	<b>Pilares fundamentales en la construcción de la resiliencia</b>	<b>Autores/ Año</b>
Niños y adolescentes que presentaban problemas con drogas	Enriquecer los <b>vínculos</b> , fijar <b>límites claros y firmes</b> y enseñar <b>habilidades para la vida</b> .	Hawkins, Catalano y Miller (1992)
Escuelas americanas de población marginal	El niño resiliente es una <b>persona socialmente competente, poseedor de habilidades para la vida y de pensamiento crítico, capaz de resolver problemas y de tomar iniciativa</b> . Las escuelas deben: a) <b>fomentar el diálogo, la auto-reflexión, el pensamiento crítico, la resolución de problemas y la convivencia en grupo</b> ; b) <b>ofrecer afecto, apoyo y oportunidades de participación significativa</b> ; y c) <b>establecer y transmitir expectativas elevadas</b> .	Bernard (1999)
Niños víctimas de violencia intrafamiliar activa o pasiva	Los niños resilientes presentan características y factores que los protegen de la adversidad permitiéndoles un desarrollo psicosocial positivo: se perciben como personas <b>auto-valoradas</b> , capaces de <b>auto-regularse</b> y en los que la propia situación de violencia les presenta factores que los protegen de la adversidad.	Amar, Kotliarenco y Abello (2003)
Adolescentes palestinas de 16 a 18 años (escuelas secundarias de la zona de Ramala)	La resiliencia está integrada en el <b>concepto de felicidad</b> y con el <b>significado</b> que el individuo atribuye a <b>su propia vida</b> y que depende del <b>contexto familiar, sociopolítico y cultural</b> en que vive la adolescente.	Mansour (2003)
Resiliencia Familiar	Lograr la <b>Resiliencia Familiar</b> a través de la identificación y promoción, dentro de la familia, de la <b>cohesión, flexibilidad, comunicación abierta, habilidades para solucionar problemas</b> ; Wash enfatiza el valor del <b>sistema de creencias: “es el cuerpo y el alma de la resiliencia familiar”</b> .	Walsh (2004)
Adolescentes de diferentes ciudades del Brasil, de ambos sexos y diferentes estratos sociales, de 14 a 18 años que pasaron por experiencias traumáticas	Los <b>adolescentes resilientes</b> tienden a adoptar <b>comportamientos flexibles en la adaptación de situaciones adversas y de control de sus vidas</b> ; los adolescentes con una <b>estratificación social baja presentan mayor índice de resiliencia</b> ; <b>los adolescentes</b> presentan un <b>puntaje más alto de resiliencia</b> que los varones; <b>la familia</b> , en especial <b>la madre</b> , tiene un <b>papel importante en la construcción de la resiliencia de los adolescentes</b> ; <b>los adolescentes de más edad se muestran más resilientes</b> ; y <b>la religión</b> ha sido apuntada como un <b>importante factor resiliente</b> en los adolescentes del país.	Cordini (2005)
Consumo de drogas en adolescentes americanos	Existe una <b>intrínseca relación existente entre autorregulación y factores protectores</b> . La <b>autorregulación</b> es la motivación del sistema cognitivo mediada por variables que explican la resiliencia en los adolescentes, siendo la más relevante la necesidad de establecer objetivos que según Munist et al (1998), es el <b>sentido de propósito y de futuro</b> .	Fergus y Zimmerman (2005)
Alumnos de escuelas públicas de São Gonzalo-Rio de Janeiro-Brasil	El resultado indicó los factores: <b>competencia personal</b> y <b>aceptación de la vida</b> por parte de los participantes del estudio.	Pesce et al. (2005)
17 pacientes hipotiroideos subclínicos, 28 pacientes hipertensos, 15 pacientes diabéticos y sus familias y con 24 embarazadas de riesgo, en diferentes países de Sudamérica (Argentina, Paraguay y Brasil).	En los resultado de los cuatro estudios se <b>resalta la importancia de la dimensión vincular</b> en el desarrollo de la resiliencia.	Zukerfeld y Zukerfeld (2005)
Niños abandonados institucionalizados atendidos por trabajadores sociales	<b>La resiliencia puede ser construida en niños abandonados</b> , sin embargo se hace necesario ser mayores investigaciones en esta población.	Daniel (2006)
Niños de las calles de Salvador-Bahia-Brasil	Sus estudios cualitativos concluyen que la <b>búsqueda del hogar</b> , aunque sea desestructurado, concreta un <b>sentido de adaptación positiva</b> y favorece la construcción de resiliencia.	Santos (2006)
Adolescentes comunitarios y	Los adolescentes participantes de una <b>red social</b> , en el caso de los adolescentes	Padovani (2006)

privados de libertad	comunitarios, presentan más indicadores de resiliencia.	
Niñas y adolescentes en riesgo personal y social (Porto Alegre-Rio Grande do Sul)	El resultado de tal estudio ha sido la promoción de una <b>auto-percepción</b> , llegando hasta una <b>autorregulación</b> .	Wosiack, Becker y Alonso (2007)
Adolescentes de la Enseñanza Secundaria de la ciudad de Figuera-Portugal	Los resultados apuntan la <b>autorregulación</b> como factor resiliente que engloba los aspectos de <b>autoestima, resolución de problemas, autoconcepto y recursos internos</b> .	García y Días (2007)
Adolescente institucionalizado, de 12 a 14 años, separado de la figura materna en la infancia.	Los resultados apuntaron la construcción del proceso de resiliencia a partir del <b>establecimiento de apego a nuevas experiencias afectivas</b> con iguales y con adultos pos a la institucionalización.	Dalbem y Dell'Aglio (2008)
Acontecimientos vitales estresantes	<b>Relaciones familiares positivas y de mayor calidad</b> durante la adolescencia pueden ser consideradas como un factor de protección ante las consecuencias negativas de los acontecimientos vitales estresantes.	Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija (2008)
Riesgo psicosocial (pobreza, problemas personales, estresores de salud y familiares)	<b>Auto-concepto, soporte social</b> (monitoreo parental y escolar) y <b>autorregulación de habilidades (cognitivas- emocionales)</b> .	Cardozo y Alderete (2009)
Estudiantes de secundaria usuarios y no usuarios de drogas ilegales	Los resultados muestran índices de resiliencia significativamente más bajos entre los usuarios de drogas. El <b>control de impulsos</b> y la <b>autoestima</b> tienen mayor poder para clasificar a los sujetos en los grupos (usuarios y no usuarios).	Rodríguez-Kuri, Pérez Islas y Diaz Negrete, (2010)
Consumo juvenil de alcohol y de drogas ilegales	La <b>temprana construcción de una identidad personal y psicosocial en el adolescente</b> ayúdalo a enfrentarse eficazmente a las presiones al consumo de sustancias psicoactivas. Dotarles de <b>habilidades para la vida les ayudará a manejar sus habilidades cognitivas y relacionales</b> , a una <b>autorregulación exitosa</b> , y en la <b>adquisición y empleo de estrategias para enfrentaren adaptativamente a los diversos estresores y a los conflictos emocionales intra e interpersonales</b> ; fortaleciendo su capacidad de resiliencia. Es necesario: a) promover cambios en los <b>estilos educativos paternos</b> y en las <b>dinámicas comunicativas intrafamiliares</b> , hacia a un <b>reforzamiento de las normas</b> como factores protectores de los consumos de drogas; b) <b>diseñar e implementar programas de prevención primaria y secundaria en las escuelas y de intervención psicosocial</b> contemplando la multi-causalidad de la ésta problemática.	Moral, Rodríguez y Ovejero (2010)
Adolescente (factores de riesgo y protección) – Mendoza - Argentina	El resultado del análisis de contenido de este estudio indicó los siguientes factores de protección: a) <b>contención familiar</b> ; b) <b>apoyo familiar y de los amigos</b> ; c) <b>fortaleza de la personalidad</b> ; d) <b>búsqueda de la espiritualidad</b> ; e) <b>actividades deportivas, religiosas, ecológicas o comunitarias compartidas con amigos</b> ; f) <b>armonía familiar</b> ; g) <b>estrategia de crianza (diálogo y la escucha de sus hijos)</b> ; h) <b>diálogo con los alumnos</b> ; i) <b>trabajo en grupo</b> ; j) <b>autoestima</b> ; k) <b>estrategias de enseñanza</b> ; l) <b>consulta al gabinete psicopedagógico</b> ; y m) <b>intervenciones psicología eficaces (intervenciones de alianza y vivenciales, darles el control del cambio, y aumentar su autoestima a través de técnicas de autoestima y autoconcepto)</b> .	Páramo (2011)

Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

Los hallazgos de tales investigaciones nos muestra con claridad que la mayoría de los factores de protección dan énfasis y giran alrededor de dos ámbitos: a) el vínculo afectivo: familiar y social – apoyo, comunicación, armonía, normas y límites claros, etc.) y b) las habilidades para la vida (cognitivas, relacionales y emocionales): pensamiento crítico, estrategias de afrontamiento, capacidad para adaptarse, sentido de propósito presentes y futuros (espiritual y proyectos afectivos, profesionales, recreativo, etc.), recursos internos como la autoestima, el auto-concepto, auto-reflexión, auto-regulación, auto-percepción, identidad personal y social, etc. En el caso de la adolescencia se pone énfasis en diferentes situaciones de riesgo psicosociales y los elementos que se consideran pilares fundamentales en la construcción de la resiliencia. La discusión y reflexión sobre los resultados de las diferentes investigaciones nos aportan criterios para definir la

estructura fundamental de los planes de intervención, tanto preventiva cuanto terapéutica, en situaciones en las que los factores de riesgo son evidentes (violencia doméstica y/o familiar, machismo, abandono, negligencia, maltratos, indulgencia, alcoholismo, drogadicción, ciertas adopciones, problemas psiquiátricos y de salud familiares, divorcio, situaciones de pérdida y de duelo, etc.).

Estos datos vienen al encuentro de nuestras indagaciones y propuestas para futuras intervenciones puesto que las adversidades vividas por los jóvenes codependientes serían, esencialmente, los problemas de disfuncionalidad en sus familias de origen y/o en otro contexto de su crianza. Inspirados, asimismo, en estudios que promueven la resiliencia como instrumento de transformación en niños y adolescentes en situación de riesgo psicosocial (Bueno Bueno, 2010; Llobet, 2005; López Torres, 2010; Parcerisa Aran et al., 2010; Saavedra & Yanquez Lorca, 2008; entre otros), proponemos el desarrollo de una *intervención en la CD asociada a las conductas de riesgo psicosocial basada en el concepto de resiliencia*.

Este enfoque desde la resiliencia nos posibilita mirar de manera diferente el problema de la CD y las CRPS en los jóvenes adolescentes, enfatizando sus capacidades para afrontar la adversidad vivida. El desarrollo de la resiliencia podrá ayudarle a descubrir sus propias fortalezas (Melillo & Suarez Ojeda, 2001), a resistir y a rehacer (Manciaux, 2003). Promover la resiliencia en estos jóvenes y sus familias significa enseñarles a reconocer la fortaleza, más allá de la vulnerabilidad de su CD, y a mejorar su calidad de vida a partir de sus propios significados, de cómo ellos perciben y enfrentan al mundo.

“El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad” (Stanislas Tomkiewicz, 2001). En este sentido, proponemos al igual que algunos autores el Crecimiento postraumático frente al Trastorno de estrés postraumático (TEPT) como un enfoque positivo y optimista que nos impulsa a valorar los programas de intervención en situaciones de CD de un modo esperanzador frente a actitudes más fatalistas. Hay que empezar a trabajar sobre la elaboración de las pérdidas fomentando los pilares de la resiliencia desde la Escuela Elemental.

La resiliencia está siendo utilizada para promover procesos que impliquen a las personas y su ambiente social con el objetivo de ayudarlas a superar la adversidad (y el riesgo) y a adaptarse a la sociedad, logrando una mejor calidad de vida (entendida como una medición más amplia y completa del bienestar y satisfacción de las personas). El bienestar psicológico está relacionado con la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluye una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su

totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.), y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas), que mediante una compleja interacción generan en el individuo percepciones que abarcan un espectro de vivencias que transita desde la agonía hasta el éxtasis.

Ryan y Deci (2001), considera el bienestar psicológico como el desarrollo de nuestras capacidades, del crecimiento personal y del sentido de nuestra existencia. En este sentido, la búsqueda de la satisfacción y el placer queda en segundo plano. Dentro de este marco se sitúa el modelo multidimensional de bienestar creado por Carol Ryff (1989) propone las siguientes dimensiones para el estudio del bienestar psicológico (BP):

- Autoaceptación: mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo.
- Relaciones positivas con otros: capacidad de mantener unas relaciones estrechas con otras personas basadas en la confianza mutua y empatía.
- Autonomía: cualidades de autodeterminación y capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y las situaciones en las que se está en función de criterios personales.
- Competencia ambiental: existencia de un sentido de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado.
- Propósito en la vida: sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos.
- Crecimiento personal: visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que nos enriquezcan y permitan realizar todo nuestro potencial.

López Torres (2010) enfatiza que en el proceso de la resiliencia del adolescente es importante que exista una red de apoyos sociales, afectivos y materiales que sea permanente y esté integrada. Como López Torres, creemos en la necesidad de fortalecer los vínculos entre la familia, la escuela, los políticos y otras instituciones educativas, así como la creación de espacios extracurriculares en los que los niños aprendan y valoren su importancia en la sociedad. El problema de los jóvenes CD con CRPS es una cuestión compleja de nivel psicosocial y, por ello, un programa de intervención psicosocial preventivo debe utilizar estrategias que involucren a las instituciones familiar, sanitaria, educativa, política y religiosa.

Por todo lo revisado concluimos finalmente que hay evidencia de que personas y familias que están, actualmente, con necesidades especiales por riesgos de pérdida de la

salud mental y de problemas de conducta (violencia, adicciones, Trastornos de Conducta y de ánimo, etc.) relacionados con la CD y, por tanto, consideramos que es necesaria una implicación jurídica y política que propicie y asegure la puesta en marcha de la atención requerida.

Debería fomentarse el funcionamiento de servicios de apoyo social para este colectivo con profesionales competentes, que tengan directrices de actuación claras y eficientes, lo cual supone una formación integradora y multidimensional, más allá de un enfoque médico por un lado, y de sanción penal por otro lado. El apoyo terapéutico es necesario, pero también la puesta en marcha de medidas preventivas que reducirían en gran medida el costo económico de la asistencia. Las políticas sociales deberían concretarse y hacerse materializarse desde nuevos horizontes con la consideración de mucha información aportada por las investigaciones realizadas en la última década sobre las problemáticas relacionadas con los riesgos de carácter psicosociales.

En este sentido, asumimos la preocupación de las entidades gubernamentales con la complejidad de la salud mental, que se ve reflejada en documentos como el Pacto Europeo para la salud Mental y el Bienestar (2008) y las *Conclusiones del Consejo: El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura* (Diario Oficial de la Unión Europea, 2011). En dichos documentos se reconoció la gran importancia de la salud mental y el bienestar para la Unión Europea, sus Estados miembros, los actores interesados y sus ciudadanos. Se resalta la salud mental como un derecho humano que posibilita a los ciudadanos disfrutar del bienestar, de buena salud y de una buena calidad de vida; promueve el aprendizaje, el trabajo y la participación en la sociedad. Considerando la salud mental un factor clave para el éxito de una sociedad y la economía, del crecimiento de un país y del número de puestos de trabajo, de la cohesión social y del desarrollo sostenible, la Unión Europea busca complementar las políticas nacionales y mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes del peligro para la salud física y psíquica. (La Présidence slovène de l'UE, 2008; Diario Oficial de la Unión Europea, 2011).

Reflexionando sobre el alcance de los trastornos mentales en la población de la Unión Europea (cerca del 11% de la población) y sus consecuencias - depresión, suicidio, discapacidad, sufrimientos a los individuos, a las familias y a la comunidad - se concretaron acciones complementarias para promover una buena salud mental y bienestar en la población, reforzando la acción preventiva y la autoayuda, y dando apoyo a personas con problemas de salud mental y a sus familias proponiendo implicaciones de

los servicios sanitarios y sociales. Así, definieron medidas de acción en cinco áreas prioritarias, a saber: a) Prevención de la depresión y el suicidio, b) Salud mental en los jóvenes y en la educación, c) Salud mental en el entorno laboral, d) Salud mental en las personas mayores y, e) Lucha contra la estigmatización y la exclusión social. (La Présidence slovène de l'UE, 2008; Diario Oficial de la Unión Europea, 2011).

De este modo, los países europeos tienen tres directrices prioritarias, en lo que se refiere a la salud mental infanto-juvenil, uno de los pilares básicos del Pacto Europeo (2008) y del Informe sobre Salud Mental (2009) realizado por la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria de la UE (INFOCOP ONLINE, 2010):

a) la necesidad desarrollar políticas de actuación para promover la salud mental de niños y adolescentes, creando servicios especializados para ellos;

b) la creación de programas para el desarrollo y el fortalecimiento de la salud psicológica en la infancia y adolescencia a través de la implantación de la figura de un "consejero" en todos los centros de educación secundaria, un experto en educación y salud mental que "atienda las necesidades sociales y emocionales de los jóvenes, con especial énfasis en los programas de prevención encaminados a mejorar la autoestima y a la gestión de las crisis";

c) incluir esta área de conocimiento específico en los planes de estudio de todas las profesiones sanitarias, así como en sus programas de formación continua.

A partir de tales directrices, la resolución de la UE insta a los Estados miembros a actuar promoviendo la salud psicológica, previniendo la aparición de problemas psicológicos y posibilitando el acceso a intervenciones efectivas para el tratamiento de tales alteraciones para mejorar la calidad de vida. (INFOCOP ONLINE, 2010)

Por otro lado, se sabe que la implicación de la persona en el tratamiento es de fundamental importancia para su éxito, por eso la Comisión Europea busca implicar a los jóvenes en los cuidados de su salud. De este modo, organizó dos conferencias dedicadas a los jóvenes. Una en Bruselas (8 y 10 de julio de 2009), que entre otros participantes contó con la presencia de 200 jóvenes provenientes de toda Europa, tuvo como objetivo oír a los jóvenes y a los implicados en la toma de decisiones sobre su salud, además de lograr el compromiso de las partes involucradas. (Mental Health Europe, 2009).

La otra conferencia, realizada en Estocolmo (29 y 30 de septiembre de 2009), tenía como objetivo la promoción de: a) la salud mental y el bienestar, y prevenir los trastornos mentales; b) el intercambio de acciones políticas, buenas prácticas y proyectos de investigación; y c) la implementación de un marco de trabajo para el Pacto en Salud

Mental en el ámbito de los jóvenes y la educación. Así se establecieron cinco temas: a) los padres en los primeros años de vida del niño; b) los ámbitos de educación y aprendizaje; c) el contexto comunitario; d) el rol de los medios de comunicación, internet y las nuevas tecnologías; y e) el papel de los servicios de salud en la promoción y la prevención. (INFOCOP ONLINE, 2009)

En conclusión, el Consejo (Diario Oficial de la Unión Europea, 2011) destaca que la exclusión social, la pobreza, el desempleo, las malas condiciones de vivienda y las condiciones laborales precarias, los problemas educativos, el maltrato infantil, el abandono y los malos tratos, las desigualdades entre los sexos, al igual que vectores de riesgo como el alcohol y el uso indebido de drogas, son los determinantes de la salud y el bienestar mental que obedecen a múltiples factores. Observa que la mejora de la salud y del bienestar mental de la población pasa por la creación de *“asociaciones innovadoras entre el sector sanitario y otros sectores como los asuntos sociales, la vivienda, el empleo y la educación”* (p. C 202/2).

Así propone a los Estados miembros una serie de acciones que van enfocadas a fomentar la salud mental de los niños y jóvenes, apoyando las capacidades de paternidad positiva y los enfoques escolares holísticos direccionados a reducir el acoso escolar y a aumentar las competencias sociales y emocionales; además de apoyar a las familias en que alguno de los padres padece un trastorno psíquico, y a las actividades (e.g.: programas de formación) abordando cuestiones relacionadas con el bienestar mental y los trastornos psíquicos ofrecidas a los profesionales y responsables, en especial los sanitarios y sociales, y en los lugares de trabajo (Diario Oficial de la Unión Europea, 2011).

Habrà que contemplar el seguimiento que se hace de las acciones definidas y cómo se lleva a cabo la concreción de las mismas. En este sentido, y a modo de conclusión, creemos que nuestra propuesta de fomento de la resiliencia sería oportuna en el logro de los objetivos definidos tanto por el Consejo de la Unión Europea como por la Organización Mundial de la Salud.

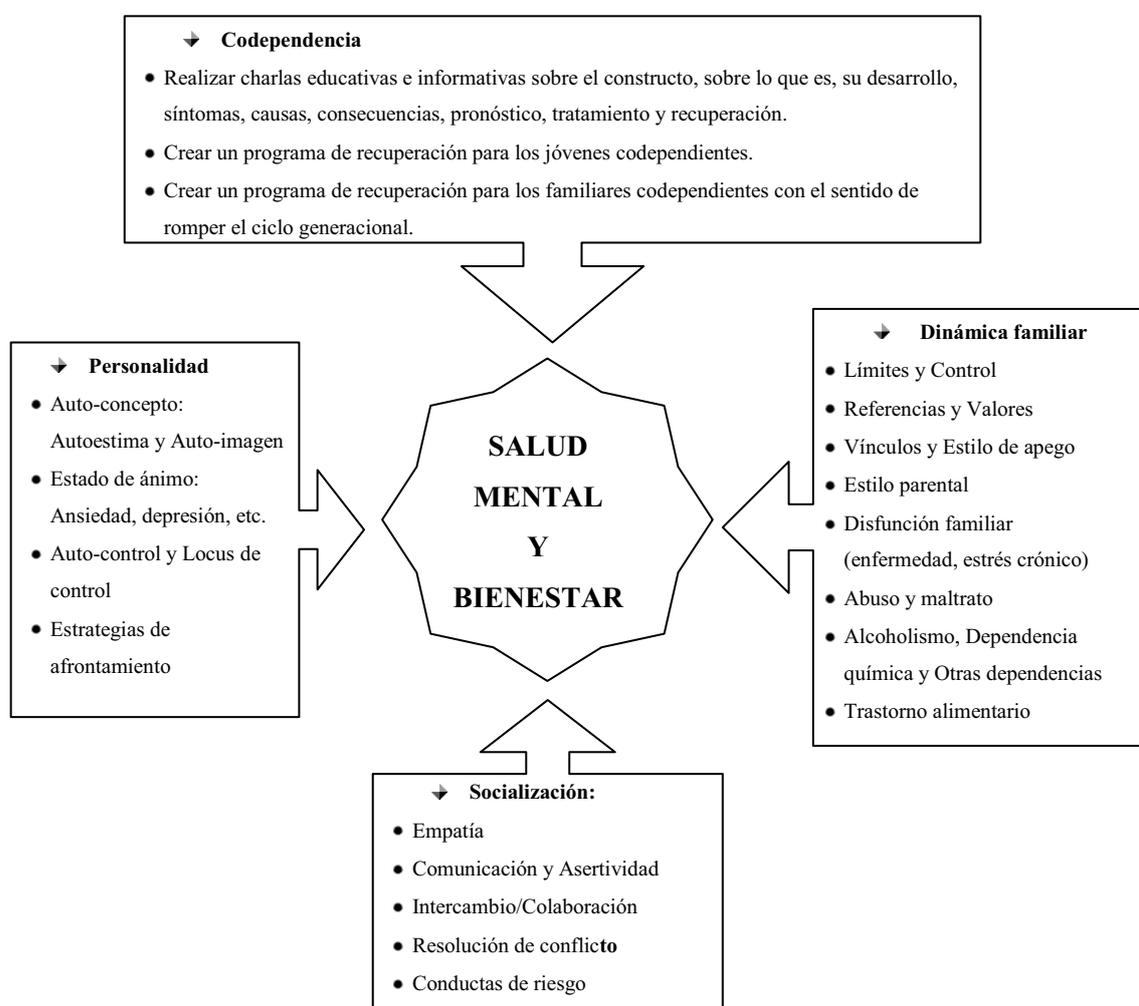
Resaltamos que la salida positiva para que las personas codependientes logren el bienestar personal está en desarrollar los pilares de la resiliencia. Pero, ¿cómo lograrlo?

*Es necesario desarrollar programas para la superación de la codependencia a través de la promoción de dichos pilares existentes en cada ser humano, que impliquen la responsabilidad y participación de padres/familiares, investigadores, trabajadores de programas psicosociales, docentes, políticos y la comunidad en general. En este sentido, proponemos que los programas enfoquen el logro de un locus de control*

*interno, fomenten el autoconocimiento para la mejora de la autoestima y autoimagen, estimulen las relaciones interpersonales saludables y promuevan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento activo y de regulación del estado de ánimo. Importa tener un Proyecto de Vida, pero este Proyecto debe traducirse en un Estilo de vida saludable. Los factores personales son muy importantes en la estabilidad emocional y se debería dar mayor importancia a la Formación y Educación Integral en todas las edades que incluya la Educación socioemocional y Desarrollo de la Personalidad de los individuos, y el Respeto de la Diversidad. (Couto Teixeira, Martins-D'Angelo & Menéndez Montañés, 2011)*

Proponemos trabajar sobre cuatro ámbitos (Figura 19):

**Figura 19. Propuesta de los cuatro ámbitos a trabajar.**



Fuente: Elaboración propia (Martins D'Angelo, 2011)

El programa de intervención para el joven con tendencias codependientes y con CRPS, o no, y para su familia, debe ser diseñado de manera que permita ayudarles a

reconocer sus espacios y su ubicación en ellos, cualidades y fortalezas, potencializando esos atributos y promoviendo la competencia social, la resolución de problemas, la autonomía, la autoestima, el sentido de propósito y de futuro. El programa deberá ayudar a estas personas a adquirir recursos psicosociales promotores de la resiliencia y de la salud mental en general. Esto les permitirá afrontar de manera positiva sus experiencias estresantes y traumáticas, y sus comportamientos y relaciones codependientes y disfuncionales. Asimismo, desde un planteamiento preventivo y optimizador, sugerimos fomentar el diseño y aplicación de programas de desarrollo de habilidades socio-emocionales para las diferentes etapas educativas. Esta propuesta supone la formación de los profesionales implicados y de los padres desde edades tempranas. Supone también una formación especialmente dirigida a los adolescentes con CD y CRPS. Para todo ello hace falta una colaboración interinstitucional, fundamentalmente entre los departamentos locales de educación, salud y servicios sociales.

## **2. Relevancia e importancia científica de los resultados obtenidos de la investigación realizada**

Además de las aportaciones mencionadas anteriormente, nuestro trabajo ha tenido presencia científica a través de publicaciones (Ver Anexo Publicaciones) en cualificadas revistas científicas indexadas en Bases de datos como Sociological Abstract, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), Bireme, Índice Psi-Periódicos, PePSIC. A continuación se describen brevemente dichos trabajos:

- Artículos publicados
  - R.M. Martins-D'Angelo, M.C. Menéndez Montañés, J. Gómez-Benito y Y.F. Silva Peralta. Codependência: Análise bibliométrica de documentos da Base de Dados PsycINFO (1978-2008). *Revista de Psicologia Plural*, 32, jul/dec, 2010, pp. 93-113.
  - R.M. Martins-D'Angelo y M.C. Menéndez Montañés. Depresión y/o Codependencia en mujeres: Necesidad de un diagnóstico diferencial. *Revista Barbarói*, 34(7), jan/jul, 2011, pp. 125-145.

- R. M. Martins-D'Angelo, M. C. Menéndez Montañés, J. Gómez-Benito y Y.F. Silva Peralta. Codependencia y sus instrumentos de evaluación: Un estudio documental. *Revista Avaliação Psicológica*, 2011, 10(2), pp. 139-150.
- Resumen publicado
  - R.M. Martins-D'Angelo, M.L. Couto Teixeira, M.C. Menéndez Montañés. Resiliencia: su importancia en el bienestar de las personas codependientes. (21 de noviembre de 2011) Disponible en <http://www.appal-online.org/articulo/resiliencia-su-importancia-en-el-bienestar-de-las-personas-codependientes/>
- Poster presentado
  - R.M. Martins-D'Angelo, M.L. Couto Teixeira, M.C. Menéndez Montañés. Resiliencia: su importancia en el bienestar de las personas codependientes. (20 y 21 de octubre de 2011). *1ª Conferência Brasileira de Psicologia Positiva – Evento com Martin Seligman*. En la ciudad de Rio de Janeiro – Brasil. Organizada por la “ASSOCIAÇÃO DE PSICOLOGIA POSITIVA DA AMERICA LATINA” (APPAL).
- Palestra
  - R.M. Martins-D'Angelo: Palestra: “Codependencia: más allá de la dependencia química.”. Realizada en la Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Brasil, en 20 de abril de 2012.
- Artículo enviado en fase de evaluación
  - R.M. Martins-D'Angelo, M.C. Menéndez Montañés. Codependencia y depresión en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*. (enviado en 20 de septiembre de 2011)
  - R. M. Martins-D'Angelo, M. C. Menéndez Montañés, J. Gómez-Benito y Y.F. Silva Peralta. Influencia de la codependencia en las conductas de riesgo psicosocial de jóvenes brasileños: Un estudio correlacional. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*. (enviado en 02 de enero de 2012)
- Además de estos trabajos, se encuentra en fase final de elaboración el siguiente:
  - Aspectos psicológicos de la codependencia evaluados con SF CDS, CAQ y CAI.

### 3. Nuevas perspectivas y posibilidades de investigación futura

A partir de las reflexiones realizadas en nuestro estudio, realizamos las siguientes sugerencias:

- Desarrollar y realizar un baremo de un instrumento para medir a CD en jóvenes adolescentes.
- Diseñar y llevar a cabo una investigación específica con el objetivo de verificar si CD es un rasgo o un trastorno de la personalidad.
- Investigar sobre la falta de autoestima de las personas codependientes e intentar clarificar la causalidad, ¿es causa o efecto de CD?
- Investigar sobre la relación entre CD y los diferentes tipos de vínculo afectivo en los jóvenes adolescentes valorando la influencia del tipo de situación familiar y de los diferentes estilos parentales.
- Ampliar el número de participantes de ambos sexos e investigar la relación entre la CD y el Abuso de Sustancia y la Dependencia de Sustancia.
- Investigar la relación entre CD y las estrategias de afrontamiento (*copping*) en los adolescentes jóvenes.
- Realizar un estudio transcultural para valorar la importancia de variables socioculturales en el origen y forma de intervención en la CD.
- Realizar un estudio transversal sobre CD en las diferentes etapas del Ciclo Vital.
- Investigar la relación entre los factores predisponentes de la CD, las manifestaciones de la CD y los pilares de la resiliencia como elementos promotores de salud mental, bienestar y equilibrio personal.
- Valorar el conocimiento por parte de profesionales docentes, sanitarios y sociales del concepto de CD.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEAD - Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas. Recuperado el 02 de mayo de 2008, de <http://www.abead.com.br/boletim/arquivos/boletim01/index.html>
- Aday, J. B., Jr. (1995). An analysis of codependency in adult males: A comparison of adult males from chemically dependent families with adult males from nonchemically dependent families. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (1), 0503-0503. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Aguirre-Baztán, A. (1997). *La Cultura de la Adolescencia*. Barcelona: Ediciones Bardenas.
- Alcohólicos Anónimos (s.f.). Información sobre Alcohólicos Anónimos. Recuperado el 02 de mayo de 2008, de <http://www.aa.org/lang/sp/subpage.cfm?page=1>
- Allison, S. (2004). Nurse codependency: Instrument development and validation. *Journal of Nursing Measurement*, 12 (1), 63-75. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Allison, S. (2005). Biographic and psychobehavioral influences on body mass index in a nursing sample. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (1), 7-20. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Ed. Psiquilíbrios.
- Almendra, C. A. C. E & Baierl, L. F. (2007) A violência: realidade cotidiana. [Versión Electrónica], *Sociedade e Cultura*, 10 (2), 267-279. Recuperado el 30 de enero de 2008, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/view/3146/3151>
- Amar, J. J. A., Kotliarenko, M. A. & Abello. R. L. (2003). Factores psicosociales asociados a la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar.

[Versión Electrónica], *Investigación y Desarrollo*, 11 (1), 162-197. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/viewArticle/1134>

American Psychiatric Association (2002). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. México: Editorial El Manual Moderno (2ª Ed).

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estadístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR*. São Paulo: Artmed Editora.

American Psychological Association (APA). (2008). PsycINFO. Disponible En <http://www.apa.org/psycinfo/>

Anderson, S. C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*, 39 (6), 677-685. Recuperado el 18 de febrero de 2009 de la base de datos PsycINFO.

Andino, N. (1999). *Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes*. Sao Paulo: FNUAP/OPS. Recuperado el 01 de octubre de 2007, de <http://www.uruguay.cruzroja.org/juventud/documents/documents/estilos.pdf>

Arkesteyn, D. L. (1995). The relationship between codependency and Kohlberg's stages of moral development. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (1), 0090-0090. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente – Un enfoque cultural* (3ª ed.). México: Pearson Educación.

Atkinson, S. J. & Fischer, J. L. (1996). Factors affecting codependent's support group attendance. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14 (1), 11-20. Recuperado el 25 de febrero de 2009 de la base de datos PsycINFO.

Bagheri, P. (2005). Predictors of codependency among European American and Mexican American college females. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (11), 6036-6036. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- Baker, D. A. (1997). Substance abuse among college students with disabilities: The relationship between adult children of alcoholics and codependency. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57 (7), 2850-2850. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Barnetche de Castillo, M. E., Barnetche de Maqueo, E. M. & de Martínez Báez, T. P. (1999). *Quiero ser libre - De la codependencia a la coparticipación positiva* (21ª reimpresión) México: Editorial Promexa.
- Baus, J., Kupek, E. & Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*, 36 (1), 40-46. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n1/8114.pdf>
- Beattie, M. (1987/1998). *Co-dependência nunca mais* (2ª Ed.) Rio de Janeiro: Distribuidora Record de Serviços de Imprensa.
- Berger, K. S. (2004). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* (6ª ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Bernard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and promise. En: M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 269-277). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Best, J. W. (1970). *Cómo investigar en educación*. Madrid: Morato.
- Bird, H. P. (1996). The relationship between co-dependence and borderline personality disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (5), 3444-3444. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Borgman, C. L. & Furner, J. (2002). Scholarly Communication and Bibliometrics. En B. Cronin (Ed.), *Annual Review of Information Science and Technology* (pp. 3-72). Medford, NJ.: Information Today.
- Bortolon, C. B. (2010). *Funcionamento familiar e aspectos de saúde associados à coo-dependência em familiares de usuários de drogas*. Tesis de Master, Fundação

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 1, 115-115. Resumo recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.

Bortolon, C.B., Ferigolo, M., Grossi, R., Kessler, F. H. P. & Barros, H. M.T. (2010). Avaliação das crenças codependentes e dos estágios de mudança em familiares de usuários de drogas em um serviço de teleatendimento. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 54 (4), 432-436. Recuperado el 14 de abril de 2012, de [http://vidasolidaria.org.br/revista/54-04/013-639\\_avaliacao\\_das\\_crenças.pdf](http://vidasolidaria.org.br/revista/54-04/013-639_avaliacao_das_crenças.pdf)

Bradford, S. C. (1934). Sources of information on specific subjects. *Engineering*. 137, 85-88.

Bradford, S. C. (1948). *Documentation*. London: Crosby Lookwood.

Brasil. Congresso. Câmara dos Deputados. Comissão Especial Destinada a Acompanhar e Estudar Propostas de Políticas Públicas para a Juventude. (2004) *Relatório preliminar*. Câmara dos Deputados. Coordenação de Publicação: Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde (2004). Mostra *Sociedade Viva: Violência e Saúde* (2 ed. rev. Atual). Ministério da Saúde: Brasília – DF. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04\\_0880\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0880_M.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde (2007, 08 de marzo). Saúde promove campanha sobre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. *Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde. Agência Saúde. Notícias*. Ministério da Saúde: Brasília – DF. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area124&CO\\_NOTICIA=7344](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area124&CO_NOTICIA=7344)

Brookes, B.C. (1990). Biblio-, Sciento-, Infor- Metrics ??? What are talking about? En *Informetrics 89/90. Selection of Papers Submitted for Second International Conference on Bibliometrics, Scientometrics and Informetrics*. Amsterdam: Elsevier

Byrne, M., Edmundson, R. & Rankin, E. D. (2005). Symptom reduction and enhancement of psychosocial functioning utilizing a relational group treatment program for Dependent/Codependent population. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23 (4), 69-84. Resumo recuperado el 01 de enero de 2009 de la base de datos PsycINFO.

- Bueno Bueno, A. (2010). Aspectos psicológicos de interés en el diagnóstico e intervención en la infancia y juventud en riesgo social. En A. Bueno Bueno (Coord.) *Infancia y juventud en riesgo social: programas de intervención, fundamentación y experiencias*. (pp 79-95). Universidad de Alicante.
- Cardozo, G. & Alderete, A.M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pdc/n23/n23a09.pdf>
- Carlini, E. A. (2006). *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País 2005*. En E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Recuperado el 05 de agosto de 2009, de <http://200.144.91.102/cebridweb/conteudo.aspx?cd=644>
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho C. & Gouveia, N. (2000). Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana de Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6), 636-645. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3579.pdf>
- Carpintero, H. (1981). La psicología actual desde una perspectiva bibliométrica: una introducción. En H. Carpintero & J.M. Peiró (Comp.). *Psicología Contemporánea. Teorías y métodos cuantitativos para el estudio de su literatura científica*. Valencia: Alfapplus.
- Carpintero, H. & Peiró, J.M. (1981). *Psicología Contemporánea. Teoría y métodos cuantitativos para el estudio de su literatura científica*. Valencia: Alfapplus.
- Casas, F. (2006). Infancia y representaciones sociales. *Política y Sociedad*, 43 (1), 27-42.
- Casas, F. (2010). Representaciones sociales que influyen en las políticas sociales de infancia y adolescencia en Europa. *Revista interuniversitaria de Pedagogía Social*, 17, 15-28. Recuperado el 12 de abril de 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=135013577002>

Castelló Blasco, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial S.A.

Centro de Informação sobre a cidade São João Del-Rei (CIC). *Indicadores Demográficos*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de <http://cic.acidelrei.com.br/?pid=417>

Centro de Informação sobre a cidade São João Del-Rei (CIC). *Indicadores de Saúde: Mortalidade e morbidade*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de <http://cic.acidelrei.com.br/index.php?pid=624>

Centro de Informação sobre a cidade São João Del-Rei (CIC). *Indicadores de Segurança*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de <http://cic.acidelrei.com.br/index.php?pid=403&raiz=415>

Cermak, T. L. (1986a). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Minneapolis, MN, US: Johnson Institute Books.

Cermak, T. L. (1986b). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18 (1), 15-20. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

Cermak, T. L. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21 (5), 266-272. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

Charder, F. B. (1996). Evaluating the codependency construct: Applying the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II and the Spann-Fischer codependency scale to individuals in group treatment self-identified as codependent. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (10), 5760-5760. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

Clark, J. & Stoffel, V. C. (1992). Assessment of codependency behavior in two health student groups. *American Journal of Occupational Therapy*, 46 (9), 821-828. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- Co-Dependents Anonymous (1998). *The Preamble of Co-Dependents Anonymous*. Copyright © 1998 Co-Dependents Anonymous, Incorporated and its licensors. Recuperado el 02 de mayo de 2008, de <http://www.codependents.org/tools4recovery/preamble.pdf>
- Codependientes Anónimos (CoDA) (2002). *Paquete de introducción a las reuniones de Codependientes Anónimos*. Recuperado el 02 de mayo de 2008, de [http://www.codependents.org/spanish/starter\\_packet-sp/starter\\_packet\\_sp.pdf](http://www.codependents.org/spanish/starter_packet-sp/starter_packet_sp.pdf)
- Cole, J. R. & Cole, S. R. (1973). *Social Stratification Science*. Chicago: University of Chicago Press.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2009). Avances en el pacto europeo para la salud mental y el bienestar. *Infocop online* 31/07/2009, recuperado en 10 de noviembre de 2011, de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2488](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2488)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010). El reto de potenciar la salud psicológica infanto-juvenil. *Infocop Online*. Recuperado en 11 de noviembre de 2011 de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3119](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3119)
- Cordini, M. (2005). La resiliencia en adolescentes del Brasil. [Versión Electrónica], *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 1-18. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/309>
- Couto Teixeira, M. L., Martins-D'Angelo, R. M. & Menéndez Montañés, M. C. (2011, octubre). *Resiliencia: su importancia en el bienestar de las personas codependientes*. Sesión de cartel presentada en la 1ª Conferência Brasileira de Psicologia Positiva, Rio de Janeiro, Brasil.
- Cowan, G., Bommersbach, M. & Curtis, S. R. (1995). Codependency, loss of self, and power. *Psychology of Women Quarterly*, 19 (2), 221-236. Recuperado el 18 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.

- Cowan, G. & Warren, L. W. (1994). Codependency and gender-stereotyped traits. *Sex Roles, 30* (9), 631-645. Recuperado el 08 de agosto de 2007, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2294/is\\_n9-10\\_v30/ai\\_15691903/print](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_n9-10_v30/ai_15691903/print)
- Craig, G. J. (2001). *Desarrollo psicológico* (8ª ed.). México: Pearson Educación.
- Crane, D. (1969). Social Structure in a group of scientific: A test of the "Invisible College" Hypotheses. *American Sociological Review, 34* (3), 335-352.
- Cretser, G. A. & Lombardo, W. K. (1999). Examining codependency in a college population. *College Student Journal, 33* (4), 629-637. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Cronin, B. & Barsky, H. (2000). *The web of knowledge. A festchrift in honor of Eugene Garfiel*. Medford, NJ.: Information Today.
- Crothers, M. & Warren, L. W. (1996). Parental antecedents of adult codependency. *Journal of Clinical Psychology, 52* (2), 231-239. Recuperado el 18 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Cuadrado Callejo, P. (1998). Originales y revisiones. Viejos y nuevos tratamientos en la dependencia alcohólica. *Psiquiatría Pública, 10* (6), 361-368. Recuperado el 31 de mayo de 2009, de <http://www.dinarte.es/Salud-mental/pdf106/106orig2.pdf>
- Cullen, J. & Carr, A. (1999). Codependency: An empirical study from a systemic perspective. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 21*(4), 505-525. Recuperado el 21 de julio de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Curry, A. (2002). *Revolucione sua qualidade de vida. Navegando nas águas da emoção* (2ª ed.) Rio de Janeiro, RJ: Ed Sextante.
- Cyrlunick, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.
- Daniel, B. (2006). Operationalizing the concept of resilience in child neglect: case study research. *Child: Care, Health and Development, 32*(3), 303-309. Recuperado el 201 de octubre de 2011 de la base de datos PsycINFO.

- Dalbem, J. X. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Apego em adolescentes institucionalizadas: processo de resiliência na formação de novos vínculos afetivos. *Revista Psico*, 39 (1), 33-40. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1455/2793>
- Dalgarrondo, P., Soldera, M. A., Corrêa Filho, H. R. & Silva, C. A. M. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (2), 82-90. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a04v26n2.pdf>
- Dazinger, K. (1984). Towards a conceptual framework for a Critical History of Psychology. *Revista de Historia de la Psicología*, 5 (1-2), 99-108.
- Dear, G. E. (1996). Blaming the Victim: Domestic Violence and the Codependency Model. *Australian Institute of Criminology*, 285-290. Recuperado el 30 de noviembre de 2003, de <http://www.aic.gov.au/publications/proceedings/27/dear.pdf>
- Dear, G. E. (2002). The Holyoake codependency index: Further evidence of factorial validity. *Drug and Alcohol Review*, 21 (1), 47-52. Recuperado el 18 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Dear, G. E. (2004). Test-retest reliability of the Holyoake codependency index with Australian students. *Psychological Reports*, 94 (2), 482-484. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2000). The Holyoake codependency index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 87 (3 Pt1), 991-1002. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2002). The relationship between codependency and femininity and masculinity. *Sex Roles: A Journal of Research*, 46, 159-165. Recuperado el 14 de junio de 2005, de [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m2294/is\\_2002\\_March/ai\\_91475112](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_2002_March/ai_91475112)

- Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2005). Validation of the Holyoake codependency index. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 139 (4), 293-313. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- DeBrown, J. H. (1991). Operationalizing codependence: Development and validation of the codependent relationship inventory. *Dissertation Abstracts International*, 52 (5), 2816-2816. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Delgado Delgado, D. & Pérez Gómez, A. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16 (4), 632-638. Recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- Diario Oficial de la Unión Europea (2011). Información procedente de las instituciones, órganos y organismos de la unión europea. Conclusiones del Consejo — El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura (2011/C 202/01). *Diario Oficial de la Unión Europea*. 8.7.2011. Recuperado el 09 de noviembre de 2011, de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0001:0003:ES:PDF>
- Duarte, A. C. (2005). *O poder de recuperação em uma família co-dependente de álcool*. Tesis de Master. Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 142-142. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Egge, L. & Rousseau, R. (1990). *Introduction to informatics, quantitative methods in library, documentation and information science*. Amsterdam: Elsevier.
- Emett, W. K. (1995). The prevalence of codependence in high school students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (3), 1696-1696. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Erikson, E. H. (1987) *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.

- Faur, S. P. (2003, febrero). Codependencia y estrés marital. Un enfoque psicoimmunoneuroendocrinológico. *IV Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis 2003. Recuperado el 20 de enero de 2004, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/9653/>
- Felix, J. A. (2007). Apresentação. En *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira* (p. 5). Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. Recuperado el 24 de agosto de 2009, de [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Estatisticos/populacao\\_brasileira/Padroes\\_consumo\\_alcool\\_populacao\\_brasileira/327716.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/populacao_brasileira/Padroes_consumo_alcool_populacao_brasileira/327716.pdf).
- Fergus, S. & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Ferrari, J. R., Jason, L. A., Nelson, R. & Curtin-Davis, M. (1999). An exploratory analysis of women and men within a self-help, communal-living recovery setting: A new beginning in a new house. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25 (2), 305-317. Recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Ferreira, R. J.O. (2006). *A (des)construção de um terapeuta: do modelo Minnesota aos primeiros vôos em psicanálise*. Tesis de Master, Universidade São Marcos – Psicologia – 83-83. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Ferreira, S. M. C. G. (2000). *Um Olhar Pastoral Através da Codependência*. Tesis de Master, Ciências da Religião, Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo, 120-120. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Fischer, J. L., Pidcock, B. W., Munsch, J. & Forthun, L. (2005). Parental abusive drinking and sibling role differences. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23 (1), 79-97. Recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Fischer, J. L., Spann, L. & Crawford, D.W. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8 (1), 87-100.

Fisher, R. (2004). *El caballero de la armadura oxidada* (80ª ed.). Barcelona, ES: Ediciones Obelisco.

Folha das Vertentes (2005, 1ª quincena de marzo). *Alto índice de homicídios é preocupante*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de [http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=65&cd\\_jornais=6](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=65&cd_jornais=6)

Folha das Vertentes (2005, 2ª quincena de mayo). *População reage contra a violência*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de [http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=main\\_old&cd\\_jornais=30](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=main_old&cd_jornais=30)

Folha das Vertentes (2005, 1ª quincena de junio). *Ação conjunta chega à prisão e internação de 20 no Mambengo. O mercado do tráfico*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de [http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=289&cd\\_jornais=31](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=289&cd_jornais=31)

Folha das Vertentes (2005, 1ª quincena de septiembre). *Crack invade a cidade*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de [http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=488&cd\\_jornais=38](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=488&cd_jornais=38)

Folha das Vertentes (2006, 2ª quincena de enero). *Homicídios*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de [http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=709&cd\\_jornais=46](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=709&cd_jornais=46)

Folha das Vertentes (2006, 2ª quincena de febrero). *Editorial*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de [http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=761&cd\\_jornais=48](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=761&cd_jornais=48) )

Folha das Vertentes (2006, 2ª quincena de marzo). *São João e Santa Cruz registram 13 homicídios em dois meses e meio*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=817  
&cd\\_jornais=50](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=817&cd_jornais=50)

Folha das Vertentes (2006, 2ª quincena de septiembre). *Consórcio beneficia jovens da região*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=1173  
&cd\\_jornais=62](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=1173&cd_jornais=62)

Folha das Vertentes (2007, 1ª quincena de abril). *Estrada Real ganha Consórcio da Juventude*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=1378  
&cd\\_jornais=73](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=1378&cd_jornais=73)

Folha das Vertentes (2007, 1ª quincena de julio). *Investimento no social está mudando a história dos jovens desta região JUVENTUDE*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=1584  
&cd\\_jornais=79](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=1584&cd_jornais=79)

Folha das Vertentes (2007, 1ª quincena de septiembre). *Prevenção e repressão levam à redução das mortes entre jovens*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=1698  
&cd\\_jornais=84](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=1698&cd_jornais=84)

Folha das Vertentes (2008, 1ª quincena de enero). *Assassinatos na região caem mais de 50%*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=2004  
&cd\\_jornais=92](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=2004&cd_jornais=92)

Folha das Vertentes (2009, 1ª quincena de junio). *Especialista diz que álcool é “porta de entrada” para as outras drogas*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=3141  
&cd\\_jornais=127](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=3141&cd_jornais=127)

Folha das Vertentes (2009, 2ª quincena de julio). *BPM lança programa destinado aos jovens*. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de

[http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd\\_materias=3215&cd\\_jornais=130](http://www.folhadasvertentes.com.br/default.asp?pagina=integra&cd_materias=3215&cd_jornais=130)

Frank, P. B. & Golden, G. K. (1992). Blaming by Naming: Battered Women and the Epidemic of Codependence. *Social Work*, 37 (1), 5-6. Recuperado el 21 de julio de 2005 de la base de datos PsycINFO.

Friel, J. C. & Friel, L. D. (1988). A General model of Adult Children and Co-dependency. *En Adult children: The secrets of dysfunctional families* (pp. 155-166). Deerfield Beach, Flor: Health Communications.

Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E. & Lila, M. (2011a). Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones*, 23(3), pp. 237-248.

Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E. & Lila, M. (2011b). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), pp. 7-12.

Fuller, J. A. & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126 (1), 5-22. Recuperado el 21 de julio de 2005 de la base de datos PsycINFO.

Galliker, M., Grivel, M. & Klein, M. (2006). Abhängig von abhängigen: Gibt es auswege? eine studie zur partnerzentriertheit in beziehungen mit und ohne alkoholproblematik<sup>1</sup>. *Familiendynamik*, 31 (1), 26-46. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.

García, F. (2004). *El cuestionario: Recomendaciones metodológicas para el diseño de un cuestionario*. Córdoba – México: Limusa.

García, J. F. & Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: Tea.

García, J. A. & Dias, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Revista Salud y Drogas*, 7 (2), 309-332. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/839/83970206.pdf>

Garfield, E. (1955). Citation indexes for science: a new dimension in documentation through association of ideas. *Science*, 122, 108-111.

- Grotberg, E. H. (2008). Nuevas tendencias en resiliencia. En: A. Melillo & E.N. Suárez Ojeda (Comps.). *Resiliencia – Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Gotham, H. J. & Sher, K. J. (1995). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*, 57 (1), 34-39. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Grad, M. (2003). *La princesa que creía en los cuentos de hadas* (37ª ed.). Barcelona, ES: Ediciones Obelisco.
- Gross, P.L.K. & Gross, E. M. (1927). College libraries and chemical education. *Science*, 66, 385-389.
- Grupo Familiares Al-Anon do Brasil – Al-Anon. (s.f.). Recuperado el 02 de mayo de 2008, de <http://www.al-anon.org.br/>
- Guilera, G., Gómez, J. & Hidalgo, M. D. (2006). Funcionamiento diferencial de los ítems: un análisis bibliométrico de las revistas editadas en español. *Psicothema*, 18 (4), 841-847. Recuperado el 28 de noviembre de 2008, de <http://www.psicothema.com/pdf/3318.pdf>
- Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S. & Ingberman, Y. K. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependientes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36 (2), 69-74. Recuperado el 10 de enero de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n2/05.pdf>
- Guimarães, J. L., Godinho, P. H., Cruz, R., Kappann, J. I. & Tosta Junior, L. A. (2004). Consumo de drogas psicoativas nos adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 130-132. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18462.pdf>
- Harré, R. & Lamb, R. (1990). *Diccionario de Psicología Evolutiva y de La Educación*. Barcelona: Paidós.

- Harkness, D. (2001). Testing Cermak's hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family of origin with offspring codependency? *Journal of Psychoactive Drugs*, 33 (1), 75-82. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Harkness, D. & Cotrell, G. (1997). The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (5), 473-479. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Harkness, D., Swenson, M., Madsen-Hampton, K. & Hale, R. (2001). The development, reliability, and validity of a clinical rating scale for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33 (2), 159-171. Recuperado el 24 de mayo de 2005, de [http://www.boisestate.edu/socwork/HARK/Research.The%20Development,%20Reliability,%20and%20Validity%20of%20a%20Clinical%20Rating%20Scale%20for%20Codependency.htm#N\\_1\\_#N\\_1\\_](http://www.boisestate.edu/socwork/HARK/Research.The%20Development,%20Reliability,%20and%20Validity%20of%20a%20Clinical%20Rating%20Scale%20for%20Codependency.htm#N_1_#N_1_)
- Harkness, D., Manhire, S., Blanchard, J. & Darling, J. (2007). Codependent attitude and behavior: Moderators of psychological distress in adult offspring of families with alcohol and other drug (AOD) problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25 (3), 39-52. Recuperado el 04 de febrero de 2009 la base de datos PsycINFO.
- Harrington, J. A. (1995). Codependency as a function of identity development. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 55 (8), 2280-2280. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105. Recuperado el 20 de octubre de 2011 de la base de datos PsycINFO.
- Hernández Castañón, M. A. (2007). *Ação comunicativa com mulheres de alcoolistas: uma aproximação ao seu mundo da vida*. Tesis de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado el 16 de abril de 2012, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012008-114553/>

- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2002). *Metodología de la investigación*. 3ª ed. México: Ed. McGraw-Hill.
- Hewes, R. L. & Janikowski, T. P. (1998). Parental alcoholism and codependency: A comparison of female children of alcoholics and nonalcoholics in two college-age groups. *College Student Journal*, 32 (1), 140-147. Recuperado el 21 de julio de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Hodgson, J. A. (1994). Codependency personality questionnaire development and validation and a descriptive/exploratory study of recovery using AL-ANON subjects. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 54 (7), 3888-3888. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Hoenigmann-Lion, N. M. & Whitehead, G. I. (2006). The relationship between codependency and borderline and dependent personality traits. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24 (4), 55-77. Recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Holloway, L. V. (1999). The efficacy of conflict resolution and mediation training to reduce the incidence of domestic violence. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (10), 3744-3744. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Horta, R. L., Horta, B. L. & Pinheiro, R. T. (2006). Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 268-272. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsi/v55n4/a02v55n4.pdf>
- Horta, R. L., Horta, B. L., Pinheiro, R. T., Morales, B. & Strey, M. N. (2007). Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (4), 775-783. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/04.pdf>

- Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S. & Zeller, R. A. (1998a). Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (5), 264-272. Recuperado el 21 de julio de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S. & Zeller, R. A. (1998b). Depression and codependency in women. *Archives-of-Psychiatric-Nursing*, 12 (6), 326-334. Recuperado el 21 de julio de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Humberg, L. V. (2004). *Dependência do vínculo: uma releitura do conceito de co-dependência*. Tesis de Master. Universidade de São Paulo - Ciências (Fisiopatologia Experimental) - 131p. Resumen recuperado el 16 de abril de 2012, de la base de datos CAPES.
- Hulme, E. W. (1923). *Statistical bibliography in relation to the growth of modern civilization*. London: Butter & Tanner, Ed.
- Hurlock, E. B. (1979). *Psicología de la Adolescencia* (3a ed.). México: Paídos.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000). População residente total, por sexo e grupos de idade – 2000. *IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais – Censo Demográfico 2000*. Brasil. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de [http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/tabelas/populacao\\_tabela05.htm](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/tabelas/populacao_tabela05.htm)
- Instituto de Pesquisa Data Folha (2008, 30 de julio). *Jovem brasileiro*. São Paulo. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de [http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver\\_po.php?session=700#](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=700#)
- Irwin, H. J. (1995). Codependence, narcissism, and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (5), 658-665. Recuperado el 18 de marzo de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Isham-Colvard, D. (1998). Codependency: A meta-analysis of related variables. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (5), 2123-2123. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- Javaloy, F., Páez, D., Cornejo, J. M., Besabe, N., Rodríguez C., A., Valera, S. et al. (2007). *Bienestar y felicidad de la juventud española*. Madrid: Instituto de la Juventud
- Jiménez, E. (2004). Análisis bibliométrico de tesis de pregrado de estudiantes venezolanos en el área educación: 1990 - 1999. *Revista Iberoamericana Educación*. Recuperado el 28 de noviembre de 2008, de <http://www.rieoei.org/deloslectores/623Jimenez.PDF>
- Johnson, S. (1999). *¿Quién se ha llevado mi queso? – Cómo adaptarnos a un mundo en constante cambio*. Barcelona, ES: Ediciones Urano, S.A. 10ª ed.
- Junqueira, M. R. & Jacoby, M. (2006). O olhar dos adolescentes em conflito com a lei sobre o contexto social. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 6, 1-18. Recuperado el 20 de agosto de 2007, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1036/815>
- Keane, S. A. (2003). Facilitating treatment adherence in diabetic women using a specialized addiction support group model: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (5), 2124-2124. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Kirby-Green, G. (1998). A case study of the effects of cyclical psychodynamics therapy on codependency of families with children who are blind or visually impaired. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (4), 1349-1349. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Kirby-Green, G. & Moore, J. E. (2001). The effects of cyclical psychodynamics therapy on the codependence of families with legally blind children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95 (3), 167-172. Recuperado el 21 de julio de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- La Présidence slovène de l'UE (2008). *Pacto europeo para la salud mental y el bienestar*. Conferencia de alto nivel de la UE junto s por la salud mental y el bienestar. Bruselas, 12-13 junio 2008.

[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf)

- Ladish, L. C. (2003). *Aprender a querer – En la confianza, la igualdad y el respeto*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M. & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. Recuperado el 24 de agosto de 2009, de [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados\\_Estatisticos/populacao\\_brasileira/Padroes\\_consumo\\_alcool\\_populacao\\_brasileira/327716.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/populacao_brasileira/Padroes_consumo_alcool_populacao_brasileira/327716.pdf)
- Leahey, T. H. (1980). *A history of psychology*. Englewood-Cliffs. N.J.: Prentice-Hall.
- Leydesdorff, L. (2001). *The challenge of scientometrics. The development, measurement and self-organization of scientific communication*. 2 Parkland, FL.: Universal Publishers.
- Lima, A. P. M. (2010). *Uma reflexão sobre a formação da identidade feminina em mulheres vítimas de violência doméstica*. Tesis de Master. Universidade Federal De São Paulo - Psiquiatria e Psicologia Médica, 1, 184-184. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Lima, C. R., Bion, F. M., Burgos, M. G. P. A. & Orange, L. G. (2008) Alcoolismo em adolescentes: por que acontece? *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 23 (4), 286-291 Recuperado el 10 de octubre de 2009, de <http://www.sbnpe.com.br/revista/V23-N4-167.pdf>
- Lindley, N. R., Giordano, P. J. & Hammer, E. D. (1999). Codependency: Predictors and psychometric issues. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (1), 59-64. Recuperado el 18 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Llobet, V. (2008). *La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión: herramientas para la transformación*. (1ª ed. 1ª reimp.- Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico.
- López Fuentetaja, A. M. & Castro Masó, A. (2007). *Adolescencia: Límites imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial

- López López, P. (1996). *Introducción a la bibliometría*. Valencia: Promolibro.
- López Piñero, J.M. (1972). *El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica*. Valencia: Centro de Documentación e Informática Médica.
- López Torres, V. (2010). Educación y resiliencia: Alas de la transformación social. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 10 (2), 1-14. Recuperado el 29 de agosto de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44717910016>
- López Yepes, J. (1995). *La documentación como disciplina. Teoría e historia*. Pamplona: EUNSA.
- Lotka, J. (1926). The frequency distribution of scientific productivity. *Journal of the Washington Academy of Sciences*, 16, 317-323.
- Loughead, T. A., Kelly, K. R. & Bartlett-Voigt, S. (1995). Group counseling for codependence: An exploratory study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13 (4), 51-61. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Loughead, T. A., Spurlock, V. L. & Ting, Y. (1998). Diagnostic indicators of codependence: an investigation using The MCMI-II. *Journal of Mental Health Counseling*, 20 (1), 64-76. Recuperado el 25 de febrero de 2009 de la base de datos PsycINFO.
- Lovelett, K. W. (1992). Codependency: Development of a four-factor instrument. *Dissertation Abstracts International*, 53 (5), 1402-1402. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Lucena, M.G. (2006). *Educação popular em saúde: Abordagem Intergeracional do Alcoolismo numa Unidade de Saúde da Família*. Tesis de Master, Educação, Universidade Federal da Paraíba/João Pessoa, 220-220. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Mansilla, F. I. (2001). Codependencia y psicoterapia interpersonal, *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21 (80), 9-35. Recuperado el 30 de noviembre de

2003, de <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2002/revista-81/codependencia-y-psicoterapia-interpersonal.pdf>

Mansilla, F. I. (2002). Un enfoque de la codependencia. *Revista Psiquiatria.com*. Recuperado el 07 de octubre de 2003, de <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/69/4182/?++interactivo>

Mansour, S. (2003). La resiliencia de las adolescentes en Palestina. En: Manciaux, M. (Comp). *La resiliencia: resistir y rehacer* (pp. 87-102). Barcelona: Gedisa.

Marcos Rojas, L. (2011). *Superar la adversidad – El poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa Libros.

Martin, A. L. & Piazza, N. J. (1995). Codependency in women: Personality disorder or popular descriptive term? *Journal of Mental Health Counseling*, 17 (4), 428-440. Recuperado el 24 de enero de 2009 de la base de datos PsycINFO.

Martins, M. C. & Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (5), 1112-1120. Recuperado el 30 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/18.pdf>

Martsof, D. S., Hughes-Hammer, C., Estok, P. & Zeller, R. A. (1999). Codependency in male and female helping professionals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13 (2), 97-103. Recuperado el 18 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.

Martsof, D. S., Sedlak, C. A. & Doheny, M. O. (2000). Codependency and related health variables. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14 (3), 150-158. Recuperado el 18 de mayo de 2009 de la base de datos PsycINFO.

Mazzoleni, M. H. B., Gorenstein, C., Fuentes, D. & Tavares, H. (2009). Wives of pathological gamblers: personality traits, depressive symptoms and social adjustment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (4), 332-337. Recuperado en 14 de abril de 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000400009&lng=pt&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000400009&lng=pt&tlng=)

- Melillo, A. & Suarez Ojeda, E. N. (2001). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós
- Mellody, P., Miller, A. W. & Miller, J. K. (1989/2004). *La Codependencia – Qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas. Aprende a hacerle frente*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Mendenhall, W. (1989a). Co-dependency definitions and dynamics. En B. Carruth & W. Mendenhall (Eds.), *Co-dependency: Issues in treatment and recovery* (pp.03-17). Birghamton: The Haworth Press, Inc.
- Mendenhall, W. (1989b). Co-dependency Treatment. En B. Carruth & W. Mendenhall (Eds.), *Co-dependency: Issues in treatment and recovery* (pp.75-86). Birghamton: The Haworth Press, Inc.
- Méndez, A. (1986). Los indicadores bibliométricos de la ciencia y su utilidad en política científica. *Política Científica*, 10, 34-36.
- Menéndez, C. (1996). Desenvolpament de la personalitat durant l'adolescència. En Gerard Martínez Criado & Carme Triadó Tur. *Psicologia del Desenvolupament: L'adolescència* (pp. 91-100). Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.
- Mental Health Europe (2009). *Boletín Informativo de MHE – n° 7-8/2009*. Recuperado en 10 de noviembre de 2011, de <http://www.mhe-sme.org/assets/files/Newsletter%20Summary%207-8%20ES.pdf>
- Merani, A. (1985). *Diccionario de Psicología*. 4ª ed. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- Meyer, D. F. (1996). Relations between codependency and the development of eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (9), 5177-5177. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Meyer, D. F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (2), 107-116. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.

- Meyer, D. F. & Russell, R. K. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 76 (2), 166-173. Resumen recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Minnitti, P. (1992). The development of a codependency self-assessment scale. *Dissertation Abstracts International*, 53 (5), 2575-2575. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Moraes, L. M. P. (2008). *Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar*. Tesis Doctoral, Universidade Federal do Ceará – Enfermagem, 242-242. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Moraes, L. M. P., Braga, V. A. B., Souza, Â. M. A. & Oriá, M. O. B. (2009). Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 34-42. Recuperado el 14 de abril de 2012, de [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c0e47a93ae90.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf)
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J. & Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud pública de México*, 52 (5), 406-415. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n5/a08v52n5.pdf>
- Moral Jiménez, M. V. & Sirvent Ruiz, C. (2009). Dependencia interpersonal como adicción social: Perfiles clínicos diferenciales. *Revista Psiquiatria.com*. Recuperado el 27 de julio de 2009, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/39196/>
- Morales Morejón, M. (1995). La bibliotecología, la ciencia de la información y sus disciplinas instrumentales: su alcance conceptual. *Ciencia de la Información*, 26, 70-88.
- Morgan, J. P., JR. (1991). What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 47 (5), 720-729. Resumen recuperado el 30 de mayo de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Muuss, R. E. (1986). *Teorías de la adolescencia* (2a ed.). México, D.F.: Paidós.

- Mussen, P.H., Conger, J. J. & Kagan, J. (1991). *Desarrollo de la Personalidad en el niño* (5ª ed. Reimp. 1ª). México: Editorial Trillas.
- Myer, R. A., Peterson, S. E. & Stoffel-Rosales, M. (1991). Codependency: An examination of underlying assumptions. *Journal of Mental Health Counseling*, 13 (4), 449-458. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Nacke, O. (1983). Informetría un nuevo nombre para una nueva disciplina, definición estado de la ciencia y principios de desarrollo. *Revista española de documentación científica*, 6 (3), 183-203.
- Narin, F. (1976). *Evaluative Bibliometrics. The Use of Publication and Citation Analysis in the Evaluation of Scientific Activity*. New Jersey: Computer Horizon, Inc.
- Nogueira, L. A. (2004, 08 de febrero). Final de Semana Violento. *Del Rei Noticias*. Canal: Policía. Recuperado el 02 de septiembre de 2009, de <http://www.delreinoticias.com.br/abrenoticia.php?codnot=3>
- Noriega Gayol, G. & Ramos Lira, L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 25 (2), 38-48. Recuperado el 30 de julio de 2007, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam022f.pdf>
- Noriega Gayol, G., Ramos Lira, L., Medina-Mora, M. & Villa, A. R. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (2), 199-210. Recuperado el 21 de abril de 2009 de la base de datos PsycINFO.
- O'Gorman, P. (1993). Codependency explored: A social movement in search of definition and treatment. *Psychiatric Quarterly*. 64 (2), 199-212. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC (2009a). *Informe mundial sobre las drogas 2009 - Resumen Ejecutivo*. Recuperado el 05 de agosto de 2009, de [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/Executive\\_summary\\_Spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC (2009b). *Relatório mundial sobre drogas WDR 2009*. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Recuperado el 05 de agosto de 2009, de [http://www.unodc.org/pdf/brazil/WDR2009/WDR\\_2009\\_Referencias\\_ao\\_Brasil.pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/WDR2009/WDR_2009_Referencias_ao_Brasil.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - ONUDD (2009). *Informe Mundial sobre Drogas – WDR 2009. Referencias al Cono Sur en el WDR 2009*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Recuperado el 05 de agosto de 2009, de [http://www.unodc.org/pdf/brazil/WDR2009/WDR\\_2009\\_Referencias\\_al\\_Cono\\_Sur.pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/WDR2009/WDR_2009_Referencias_al_Cono_Sur.pdf)

Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á. & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2008-13-1-10004&dsID=Documentos.pdf>

Otlet, P. (1934). *Traité de documentation: le livre sur le livre. Théorie et pratique*. Bruxelles: Editons Mundaneun.

Padovani, A. S. (2006). Diferença entre iguais: Um estudo sobre características de resiliencia entre adolescentes comunitários e privados de liberdade. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/201.pdf>

Paiva, D. M. F. (2002). *Mapeamento Nacional da situação do atendimento dos adolescentes em cumprimento de medidas Socioeducativas - Sumário executivo*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de <http://www.anped.org.br/reunioes/26/outrostextos/sedenisemariafonsecapaiva.doc>

Papalia, D., Olds, S. W. & Feldman, M. E. O. (2005). *Desarrollo Humano*. México: McGraw Hill/Interamericana Editores.

Páramo, M. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 85-95. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)

- Pardee, T. L. (2007). Codependency in master's-level counseling students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (4), 2667-2667. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- Parcerisa Aran, A., Giné Freixes, N., Forés Miravalles, A. (2010). La educación social. Una Mirada didáctica. Relación, comunicación y secuencias educativas. Barcelona: Ed. GRAO.
- Parker, F. M., Faulk, D. & LoBello, S. G. (2003). Assessing codependency and family pathology in nursing students. *Journal of Addictions Nursing*, 14 (2), 85-90. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Pavani, R. A. B., Silva, E. F. & Moraes, M. S. (2009). Avaliação da informação sobre drogas e sua relação com o consumo de substâncias entre escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12 (2), 204-216. Recuperado el 13 de enero de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/10.pdf>
- Pavani, R. A. B., Silva, E. F., Moraes, M. S. & Chiaravalloti Neto, F. (2007). Caracterização do consumo de maconha entre escolares do ensino médio de São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2003. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (2), 157-167. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n2/03.pdf>
- Pechansky, F., Szobot, C. M. & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl I), 14-17. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a05v26s1.pdf>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V. & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, 21(2), 436-448. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n2/10.pdf>

- Pérez Gómez, A. & Delgado Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: Estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15 (3), 381-387. Recuperado el 30 de Julio de 2007, de <http://www.psicothema.com/pdf/1076.pdf>
- Portal Oficial do Governo Municipal de São João Del-Rei – M. G. (s.f.) *História*. Recuperado el 06 de agosto de 2009, de <http://www.saojoaodelrei.mg.gov.br/?Pagina=historia>
- Portal Oficial do Governo Municipal de São João Del-Rei – M. G. (2005) *Anuário Estatístico de São João del – Rei - 2005*. Recuperado el 06 de agosto de 2009, de <http://www.saojoaodelrei.mg.gov.br/repositorio/File/anuario2005.pdf>
- Potter-Efron, R. T. & Potter-Efron, P. S. (1989a). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. En B. Carruth & W. Mendenhall (Ed.), *Co-dependency: issues in treatment and recovery* (pp. 37-57). Binghamton: The Haworth Press.
- Potter-Efron, R. T. & Potter-Efron, P. S. (1989b). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6 (1), 37-57. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Potter-Efron, R. & Potter-Efron, P. (1989c). Outpatient co-dependency treatment. En B. Carruth & W. Mendenhall (Eds.), *Co-dependency: Issues in Treatment and Recovery* (pp. 151-167). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Powell, M. (1992). *La psicología de la adolescencia* (4ª reimp.). México, D.F.: Fondo de cultura económica.
- Prest, L. A., Benson, M. J. & Protinsky, H. O. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family Process*, 37 (4), 513-528. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Prest, L. A. & Protinsky, H. (1993). Family systems theory: A unifying framework for codependence. *American Journal of Family Therapy*, 21 (4), 352-360. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.

- Pritchard, A. (1969). Statistical bibliography or Bibliometrics? *Journal of Documentation*, 25, 348-369.
- Queija, M. I. S., Rodríguez, M. C. M., Tinoco, M. V. M. & Moreno, P. J. P. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*. 25 (3), 305-324. Recuperado el 25 de mayo de 2008, de [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL25\\_3\\_6.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL25_3_6.pdf)
- Ramos, F. N. N. (2009). *Vivências de adolescentes anoréxicas*. Tesis de Master, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Bauru - Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, 75-75. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Remplein, H. (1980). *Tratado de psicología evolutiva: el niño, el joven y el adolescente* (6ª ed.). Barcelona: Labor.
- Reyome, N. D. & Ward, K. S. (2007). Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse*, 7 (1), 37-50. Recuperado el 14 de enero de 2009 de la base de datos PsycINFO.
- Ridley, J. W. (1995). An investigation of prevalence of codependent personalities who enter nursing rather than other health care-related fields. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (2), 1141-1141. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Rodríguez-Kuri, S. E., Pérez Islas, V. & Díaz Negrete, D. B. (2010). Factores de resiliencia y consumo de drogas entre estudiantes de educación media básica. *RET: Revista de Toxicomanías*, 59, 18-28. Recuperado el 24 de octubre de 2011, de <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/Ret59-2.pdf>
- Roehling, P. V. & Gaumond, E. (1996). Reliability and validity of the codependent questionnaire. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14 (1), 85-95. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Rosa, A. (1994). History of Psychology as a ground for reflexivity. En A. Rosa & J. Valsiner (comp.). *Historical and Theoretical Discourse in Social-Cultural Psychology*. Madrid: Aprendizaje.
- Rosa, A., Huertas, J. A., Blanco, F. & Montero, I. (1991). Algunas reflexiones sobre la metodología de la Historia de la Psicología. *Revista de Historia de la Psicología*, 12 (3-4), 393-404.
- Rosa, A., Huertas, J. A., Blanco, F. & Montero, I. (1993). What is the place of History of Psychology. Some thoughts about methodology. En H. Carpintero, E. Lafuente, R. Plas & I. Sprung. *New Studies in the History of Psychology and Social Sciences. Revista de Historia de la Psicología. Monographs 2*.
- Rosenberg, D. I. (1993). Reliability and validity of the relationship style inventory: A measure of codependence. *Dissertation Abstracts International*, 54 (4), 2268-2268. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Saavedra G., E. & Yanquez Lorca, M. (2008). Jóvenes infractores de la ley, resiliencia y educación. *Revista Peruana de Psicología*, 2 (2), 269-289. Recuperado el 29 de agosto de 2011, de <http://www.colegiodepsicologosdelperu.org/RevistaPeruana2009.pdf#page=104>
- Sánchez, M. L. L., López López, P. & Uceda, L. G. (1997). Psicología y Bibliometría en España. *Revista General de Información y Documentación*, 7 (2), 95-107. Madrid: Servicio de Publicaciones Universidad Complutense. Recuperado el 04/09/2009, de <http://revistas.ucm.es/byd/11321873/articulos/RGID9797220095A.PDF>
- Santos, J. (2004). *Concepções da co-dependência: estudo na Comunidade Nova Jerusalém*. Tesis de Master. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Franca - Serviço Social, 1, 92-92. Resumen recuperado de la base de datos CAPES.

- Santos, L. L. (2006) Habitar a rua: compreendendo os processos de risco e resiliência. *Tese de Mestrado*, 1-123. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8305/000573038.pdf?sequence=1>
- Santos Donoso, G. (s.f.). El grupo como herramienta en el tratamiento de la CD. En *XXIIª JORNADAS LOCALES DE ALCOHOLISMO*. APAEX Elche –Asociación Protectora y Ayuda a Ex – Alcohólicos. (Ponencias). Recuperado el 04/09/2007, de <http://www.apaixelche.com/jornada.htm>
- Sedlak, C. A., Doheny, M. O., Estok, P. J. & Zeller, R. A. (2000). Alcohol use in women 65 years of age and older. *Health Care for Women International*, 21 (7), 567-581. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Silva, E. F., Pavani, R. A. B., Moraes, M. S. & Chiaravalloti Neto, F. (2006). Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (6), 1151-1158. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/04.pdf>
- Silva, E. F., Pavani, R. A. B., Moraes, M. S. & Chiaravalloti Neto, F. (2007). Caracterização do consumo de drogas ilícitas entre escolares do ensino médio. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 14 (3), 135-139. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-3/IIIDDD189.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-3/IIIDDD189.pdf)
- Silva, G. M. (1999) *Drogadição na Adolescência no Contexto das Relações de Co-Dependência das Famílias Pluricompostas*. Tesis de Master. Universidade de Brasília – Psicologia, 170-170. Resumen recuperado em 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Sirvent, C. (2000). Las dependencias relacionales (D.R.): dependencia emocional, CD y bidependencia. Ponencia presentada en el *I Symposium nacional sobre adicción en la mujer*. Fundación Instituto Spiral. Madrid, España. Madrid, 6 -7 de Octubre de 2000. Disponible En <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/libro/index.htm>
- Sirvent, C. (2006). Clasificación y sintomatología diferencial de las dependencias sentimentales y coadicciones. Comunicación presentada en el *I Encuentro Profesional sobre Dependencias Sentimentales*. Fundación Instituto Spiral. 20 de

enero de 2006. Recuperado el 08 de septiembre de 2007, de <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/encuentros/resumenes/Carlos%20Sirvent.pdf>

Sirvent, C. & Moral, M. V. (2007a). La dependencia sentimental o afectiva. *8º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis. Recuperado el 06 de febrero de 2007, de <http://www.psiquiatria.com/congreso/2007/adicciones/articulos/29754/>

Sirvent, C. & Moral, M. V. (2007b). Presentación del TDS- 100, test de dependencias sentimentales de Sirvent y Moral. *Revista Psiquiatria.com*. Recuperado el 07 de septiembre de 2007, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/29753/>

Soldera, M., Dalgalarrodo, P., Corrêa Filho, H. R. & Silva, C. A. M. (2004a). Uso de drogas psicotrópicas por estudiantes: prevalência e fatores sociais associados. *Revista de Saúde Pública*, 38 (2), 277-283. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19789.pdf>

Soldera, M., Dalgalarrodo, P., Correa Filho, H. R. & Silva, C. A. M. (2004b). Uso pesado de álcool por estudiantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 174-179. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a07v26n3.pdf>

Souza, D. P. O., Areco, K. N. & Silveira Filho, D. X. (2005). Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 585-592. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25530.pdf>

Souza, D. P. O. & Silveira Filho, D. X. (2007). Uso recente de álcool, tabaco entre estudiantes adolescentes trabalhadores e não-trabalhadores. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (2), 276- 287. Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/14.pdf>

Spears, P. D. (1997). Factors that lead to codependency and posttraumatic stress in battered women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and*

- Engineering*, 58 (5), 2701-2701. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Spinak, E. (1996). *Diccionario Enciclopédico de Bibliometría, Cienciometría e Informetría*. Caracas, Venezuela: UNESCO.
- Springer, C. A., Britt, T. W. & Schlenker, B. R. (1998). Codependency: Clarifying the construct. *Journal of Mental Health Counseling*, 20 (2), 141-158. Recuperado el 25 de marzo de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- Stafford, L.L. (2001). Is Codependency a Meaningful Concept? *Issues in Mental Health Nursing*, 22 (3), 273-286. Recuperado el 18 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Strauch, E. S., Pinheiro, R. T.; Silva, R. A. & Horta, B. L. (2009). Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 43 (4), 647-655. Recuperado el 04 de noviembre de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/329.pdf>
- Subby, R. (1984/1988). Inside the Chemically Dependent Marriage: Denial and Manipulation. En S. Wegscheider-Cruse. *Co-dependency: A book of readings reprinted from Focus on family and chemical dependency* (pp. 25-29). Hollywood, FL: Health Communications.
- Subby, R. & Friel, J. (1984/1988). Co-dependency: A paradoxical Dependency. En S. Wegscheider-Cruse. *Co-dependency: A book of readings reprinted from Focus on family and chemical dependency* (pp. 31-44). Hollywood, FL: Health Communications.
- Tavares, B. F., Béria, J. U. & Lima, M. S. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública* 35 (2), 150-158. Recuperado el 28 de agosto de 2009, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v35n2/4399.pdf>
- Tavares, B. F., Béria, J. U. & Lima, M. S. (2004). Factores asociados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista Saúde Pública*, 38 (6), 787-796. Recuperado el 28 de agosto de 2009, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n6/06.pdf>

- Teichman, M. & Basha, U. (1996). Codependency and family cohesion and adaptability: Changes during treatment in a therapeutic community. *Substance use & Misuse*, 31 (5), 599-615. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Teixeira, A. F., Aliane, P. P., Ribeiro, L. C. & Ronzani, T. M. (2009). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goianá, MG. *Estudos de Psicologia*, 14 (1), 51-57. Recuperado el 20 de diciembre de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a07v14n1.pdf>
- Tiba, I. (1996). *Anjos caídos – Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente*. São Paulo: Editora Gente. 10ª ed.
- Tiba, I. (2002). *Quem ama, educa!* – São Paulo: Editora Gente.
- Tiba, I. (2006). *Disciplina, limite na medida certa*. São Paulo: Integrare Editora.
- Tomkiewicz, S. (2001). *La adolescencia robada: una vida de resistencia, resiliencia frente a la adversidad*. Chile: LOM Ediciones.
- United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC. (2009c). *Country Profile - Regional Office Brazil 2009*. United Nations Office on Drugs and Crime. Recuperado el 05 de agosto de 2009, de [http://www.unodc.org/pdf/brazil/Country\\_Profile\\_2009\\_EN.pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/Country_Profile_2009_EN.pdf)
- Vanistendael, S. (1996): *Cómo crecer superando los percances: Resiliencia*. BICE. Ginebra: Oficina Internacional Católica de la Infancia.
- Vanistendael, S. (2002). *La felicidad es posible*. Barcelona: Gedisa.
- Vanti, N. A. P. (2002). Da bibliometria à webometria: uma exploração conceptual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. *Ciência da Informação*, 31 (2), 152-162. Brasília Recuperado el 25 de noviembre de 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/ci/v31n2/12918.pdf>
- Vieira, P. C., Aerts, D. R. G. C., Freddo, S. L., Bittencourt, A. & Monteiro L. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do

- Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (11), 2487-2498. Recuperado el 20 de diciembre de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/04.pdf>
- Visauta, B. (1989). *Técnicas de Investigación Social. I: Recogida de datos*. Barcelona: PPU.
- Waiselfisz, J. J. (2008a). *Mapa da violência dos municípios brasileiros: 2008*. RITLA/Instituto Sangari/Ministério da Saúde/Ministério da Justiça: Brasília/São Paulo. Recuperado el 08 de agosto de 2009, de <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/rl000005.pdf>
- Waiselfisz, J. J. (2008b). *Mapa de la violencia: los jóvenes de América Latina – 2008*. RITLA/Instituto Sangari/Ministério da Saúde/Ministério da Justiça: Brasília/São Paulo. Recuperado el 08 de agosto de 2009, de <http://www.risalc.org:9090/portal/publicaciones/ficha/?id=607>
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wegscheider-Cruse, S. (1985, 1987). Varieties of Co-Dependency. En *Choicemaking: For co-dependents, adult children, and spirituality seekers* (pp. 1-32). Deerfield Beach, Florida: Health Communications Inc.
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C. & Bruss, K. (1998). The relationship of co-dependency to enduring personality characteristics. *Journal of College Student Psychotherapy*, 12(3), 25-38. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C. & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy*, 27 (1), 63-71. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Wells, M. C., Hill, M. B., Brack, G., Brack, C. J. & Firestone, E. E. (2006). Codependency's relationship to defining characteristics in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20 (4), 71-84. Resumen recuperado el 14 de enero de 2009 de la base de datos PsycINFO.

- West-Willette, C. (1991). A study of the internal consistency of the friel co-dependency assessment inventory. *Dissertation Abstracts International*, 51 (7), 3587-3587. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Wosiack, R. M. R., Becker, B., Jr. y Alonso, J. L. L. (2007). La terapia corporal como contexto de desarrollo de la resiliencia: un estudio con adolescentes en situación de riesgo. *Lecturas: Educación física y deportes*, 105. Recuperado: 05 de noviembre de 2011, de <http://www.efdeportes.com/efd105/resiliencia-un-estudio-con-adolescentes.htm>
- Wright, P. H. & Wright, K. D. (1990). Measuring codependents' close relationships: A preliminary study. *Journal of Substance Abuse*, 2 (3), 335-344. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Wright, P. H. & Wright, K. D. (1991). Codependency: Addictive love, adjustive relating, or both? *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 13 (5), 435-454. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- Wright, P. H. & Wright, K. D. (1999). The two faces of codependent relating: A research-based perspective. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 21 (4), 527-543. Resumen recuperado el 18 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Whitfield, C. L. (1987/1999). *Sanar nuestro niño interior: descubrimiento y recuperación de hijos adultos en familias disfuncionales*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Whitfield, C. L. (1989). Co-dependence: Our most common addiction – some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. En B. Carruth & W. Mendenhall (Eds.), *Co-dependency: Issues in treatment and recovery* (pp. 19-33). Birghamton: The Haworth Press, Inc.
- Whitfield, C. L. (1991). *Co-dependence: healing the human condition: the new paradigm for helping professionals and people in recovery*. Deerfield Beach, Fla: Health Communications, Inc.
- Yearing, B. (2003). Codependency: Its relationship to alcohol and family-of-origin dynamics. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and*

- Engineering*, 64 (2), 977-977. Recuperado el 29 de marzo de 2006 de la base de datos PsycINFO.
- Young, J. & Klosko, Js. (2001). *Reinventando tu vida*. Argentina: Editorial Paidós Ibérica.
- Zampieri, M. A. J. (2004a). *Codependência: o transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Editora Ágora.
- Zampieri, M. A. J. (2004b). *Padrão de Codependência e prevalência de sintomas psicossomáticos*. Tesis de Master, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. 84-84. Recuperado en 14 de abril de 2012, de [http://bdtd.famerp.br//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=139](http://bdtd.famerp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=139)
- Zampieri, M. A. J. (2004c). Transtorno de personalidad codependente: discussão sobre classificação diagnóstica e manifestações sistêmicas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 6 (2),123-134.
- Zanelatto, N. A. (2003). *Esposas de Alcoolistas - Adesão ao Tratamento e Abstinência*. Tesis de Master. Universidade Metodista De São Paulo - Psicologia Da Saúde, 1, 142-142. Resumen recuperado el 14 de abril de 2012 de la base de datos CAPES.
- Zbikowska-Migon, A. (2001). Karl Heinrich Frömmichen (1736-1783) and Adrian Balbi (1782-1848). The Pioneers of Biblio and Scientometrics. *Scientometrics*, 52, 225-233.
- Zetterlind, U. & Berglund, M. (1999). The rate of co-dependence in spouses and relatives of alcoholics on the basis of the Cermak co-dependence scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53 (2), 147-151. Recuperado el 01 de febrero de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- Zipf, J. (1935). *Selected studies of the principle of relative frequency in language*. Cambridge: Harvard University Press.
- Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R. Z. (2005). *Procesos terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Lugar: Buenos Aires.



## ANEXOS



## ANEXO 1 - 433 REFERENCIAS DEL ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

- \*Aday, J. B., Jr. (1995). An analysis of codependency in adult males: A comparison of adult males from chemically dependent families with adult males from nonchemically dependent families. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (1), 0503-0503. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Aguilar, M. A., DiNitto, D. M., Franklin, C. & Lopez-Pilkinton, B. (1991). Mexican-American families: A psychoeducational approach for addressing chemical dependency and codependency. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 8(4), 309-326. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Alexander, C. J. (1997). Growth and intimacy for gay men: A workbook. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Allen, W. A. (1994). Recovery from narcissistic collusion: The breaking of the glass. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 54(8), 4378-4378. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Allison, S. (2004). Nurse codependency: Instrument development and validation. *Journal of Nursing Measurement*, 12(1), 63-75. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Allison, S. (2005). Biographic and psychobehavioral influences on body mass index in a nursing sample. *Western Journal of Nursing Research*, 27(1), 7-20. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Allison, S. (2005). 'Biographic and psychobehavioral influences on body mass index in a nursing sample': Response by Allison. *Western Journal of Nursing Research*, 27(1), 24-27. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.

- \*Allison, S. K. (2002). A path model using codependency and binge eating as mediating variables with selected biographic correlates to explain body mass index in a nursing sample. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (2), 757-757. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Anderson, L. (1995). The development of the children of alcoholics risk scale and its utility with school and clinical samples. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 55 (8), 2320-2320. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Anderson, S. C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*, 39 (6), 677-685. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Anderson, S. C. (1996). Addressing heterosexist bias in the treatment of lesbian couples with chemical dependency. En J. Laird & R. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists*. (pp. 316-340). San Francisco, CA US: Jossey-Bass. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Andrews, M. E. (1989). The relationships among identity achievement, sex role, religious orientation, and co-dependency in church-going women. *Dissertation Abstracts International*, 49 (8), 3427-3427. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Angelletta, M. (1995). A psychological exploration of rage and immobilization among codependents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55 (9), 4110-4110. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Angres, D. H., Talbott, G. D. & Bettinardi-Angres, K. (1998). *Healing the healer: The addicted physician*. Madison, CT, US: Psychosocial Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Antze, P. (2002). Review of 'codependent forevermore: The invention of self in a twelve step group'. *Transcultural Psychiatry*, 39(3), 399-401. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Arkesteyn, D. L. (1995). The relationship between codependency and Kohlberg's stages of moral development. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (1), 0090-0090. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Arnaldi, J. A. (1993). A discriminant analysis of help-seeking spouses of chemically addicted and non-addicted persons on five measures of codependency. *Dissertation Abstracts International*, 53 (9), 4993-4993. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Asher, R. M. (1992). *Women with alcoholic husbands: Ambivalence and the trap of codependency*. Chapel Hill, NC US: University of North Carolina Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Asher, R. & Brissett, D. (1995). Codependency: A view from women married to alcoholics. En M. Babcock & M. C. McKay (Eds.), *Challenging codependency: Feminist critiques* (pp. 129-149). Toronto, ON Canada: University of Toronto Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Asher, R. & Brissett, D. (1988). Codependency: A view from women married to alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 23(4), 331-350. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Askew-Kidd, D. (1992). Dysfunctional attachment, co-dependency and wives of alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 53 (1), 555-555. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Atkinson, S. J. (1995). The mediating and moderating effects of codependency. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (5), 2000-2000. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Atkinson, S. J. & Fischer, J. L. (1996). Factors affecting codependent's support group attendance. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(1), 11-20. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Babcock, M. (1995). Critiques of codependency: History and background issues. En M. Babcock & M. C. McKay (Eds.), *Challenging codependency: Feminist critiques*. (pp. 3-34). Toronto, ON Canada: University of Toronto Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Babcock, M. & McKay, M. C. (Eds.) (1995). *Challenging codependency: Feminist critiques*. Toronto, ON Canada: University of Toronto Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Baer, J. S., Marlatt, G. A. & McMahon, R. J. (Eds) (1993). *Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment, and policy issues*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Bagheri, P. (2005). Predictors of codependency among European American and Mexican American college females. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (11), 6036-6036. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- \*Bailey, M. A. (1993). The relationship among co-dependency, burnout and work motivation in certified therapeutic recreation specialists. *Dissertation Abstracts International*, 54 (3), 1361-1361. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Baker, D. A. (1997). Substance abuse among college students with disabilities: The relationship between adult children of alcoholics and codependency. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57 (7), 2850-2850. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Baker, R. L. (1999). A qualitative study of the dysfunctional managerial practices of the codependent supervisor. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 60 (5), 1654-1654. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Bale, R. (1993). Family treatment in short-term detoxification. En T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. (pp. 117-144). New York, NY US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Ballou, M. (1997). Collected codependency challenges. *PsycCRITIQUES*, 42(10), 935-936. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Barnett, K. H. (1991). The relationship of codependence to career choice. *Dissertation Abstracts International*, 52 (3), 804-804. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Bayer, G. F. (1992). Working with the black and white of codependency. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 13, 41-45. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Bell, J. (1995). 'Co-dependency: A critical review': Comment. *Drug and Alcohol Review*, 14(2), 240-241. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Benard, A., Bonnet, F., Tessier, J., Fossoux, H., Dupon, M., Mercie, P. et al. (2007). Tobacco addiction and HIV infection: Toward the implementation of cessation programs. ANRS CO3 Aquitaine cohort. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(7), 458-468. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Benenson, A. K. (1993). Healing codependency through hypnoanalysis. *Medical Hypnoanalysis Journal*, 8(3), 93-105. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Bensch, M. C. (1997). Spouses of alcoholics in treatment: Predictors of codependence. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58 (6), 3308-3308. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Bergeron, J. S. (1993). Codependency issues in selected contemporary American plays. *Dissertation Abstracts International*, 53 (8), 2605-2605. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Biddy, K. D. (1994). A comparative study of the aspects of adjustment among adult children of alcoholics and adult children of nonalcoholics in the form of personality characteristics and its relationship to the description of codependent behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 54 (10), 5379-5379. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Bird, H. P. (1996). The relationship between co-dependence and borderline personality disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and*

*Engineering*, 57 (5), 3444-3444. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Blanchard, K. A. (1999). A moderational model of alcohol treatment outcome: The relationship between motivation and cognitive deficits. (substance abuse). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (6), 2934-2934. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Bogdaniak, R. C. & Piercy, F. P. (1987). Therapeutic issues of adolescent children of alcoholics (AdCA) groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 37(4), 569-588. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Bondi, M. W., Drake, A. I. & Grand, I. (1998). Verbal learning and memory in alcohol abusers and polysubstance abusers with concurrent alcohol abuse. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4(4), 319-328. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Boorhem, H. (1994). The development of a definition, diagnostic criteria, and treatment guidelines for co-dependence: A Delphi study. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 54 (7), 2463-2463. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Bornstein, R. F. (2006). The complex relationship between dependency and domestic violence: Converging psychological factors and social forces. *American Psychologist*, 61(6), 595-606. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.

\*Bornstein, R. F. (2007). On integrating variables and separating facts in the complex relationship between dependency and domestic violence. *American Psychologist*, 62(7), 709-711. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- \*Borovoy, A. (2000). Recovering from codependence in Japan. *American Ethnologist*, 28(1), 94-118. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Borovoy, A. (2001). Recovering from codependence in Japan. *American Ethnologist*, 28(1), 94-118. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Boyd, W. E., Jr. (2008). Improving leadership effectiveness in the nonprofit sector: A quantitative study on the impact of clarification of values and expression of beliefs on codependency in religious organizations. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 68 (9), 3941-3941. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Brewer, L. G., Zawadzki, M. L. & Lincoln, R. (1990). Characteristics of alcoholics and codependents who did and did not complete treatment. *International Journal of the Addictions*, 25(6), 653-663. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Brewster, L. S. (1991). Sibling chemical codependence: The struggle for self. *Dissertation Abstracts International*, 51 (8), 2679-2679. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Brinsley, J. R. (1992). Designing educational, preventative and recovery programmes for alcoholics and codependents through the local church. *Dissertation Abstracts International*, 52 (10), 3636-3636. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Brown, H. M., Jr. (1996). God ain't com'n this time: A model of care for the christian codependent. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57 (6), 2525-2525. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Brown, H. P. (1990). A multidimensional psychospiritual approach to the outpatient treatment of chemical dependency, codependency, polydependency, and related disorders. *Dissertation Abstracts International*, 50 (11), 5364-5364. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Brown, H. P. & Peterson, J. H. (1991). Assessing spirituality in addiction treatment and follow-up: Development of the Brown-Peterson recovery progress inventory (B-PRPI). *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(2), 21-50. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Browning, S. W. & Rubin, J. E. (1991). Treatment options with co-dependent clients. En P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book*, vol. 10. (pp. 141-151). Sarasota, FL US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Bruss, K. V. & Glickauf-Hughes, C. (1997). Co-dependency issues in the termination of lesbian relationships. *Family Therapy*, 24(1), 9-18. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Burriss, C. T. (1999). Stand by your (exploitive) man: Codependency and responses to performance feedback. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 18(3), 277-298. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Buxton, A. P. (2006). When a spouse comes out: Impact on the heterosexual partner. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13(2), 317-332. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Byrne, M., Edmundson, R. & Rankin, E. D. (2005). Symptom reduction and enhancement of psychosocial functioning utilizing a relational group treatment program for

Dependent/Codependent population. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(4), 69-84.

Resumo recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.

\*Calleros, R. (1990). Assessment of factors of codependence in women. *Dissertation Abstracts International*, 51 (4), 2054-2054. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Carr, A. (2001). Understanding emotion and emotionality in a process of change. *Journal of Organizational Change Management*, 14(5), 421-434. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Carr, R. A. (1991). Addicted to power: Sexual harassment and the unethical behaviour of university faculty. *Canadian Journal of Counselling*, 25(4), 447-461. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Carson, A. T. (1991). Women and codependency: A study of object relations, depression, and childhood experience. *Dissertation Abstracts International*, 51 (11), 5567-5568. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Carson, A. T. & Baker, R. C. (1994). Psychological correlates of codependency in women. *International Journal of the Addictions*, 29(3), 395-407. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Celani, D. P. (1994). *The illusion of love: Why the battered woman returns to her abuser*. New York, NY US: Columbia University Press. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Cermak, T. (1991). The relationship between codependence and narcissism. En T. M. Rivinus (Ed.), *Children of chemically dependent parents: Multiperspectives from the cutting edge*. (pp. 131-152). Philadelphia, PA US: Brunner/Mazel. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Minneapolis, MN US: Johnson Institute Books. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(1), 15-20. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cermak, T. L. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21(5), 266-272. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Charder, F. B. (1996). Evaluating the codependency construct: Applying the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II and the Spann-Fischer Codependency Scale to individuals in group treatment self-identified as codependent. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (10), 5760-5760. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Chatel, D. K. C. (1995). The use and misuse of labels: Codependency as a self-handicapping strategy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55 (7), 3007-3007. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Chiauszi, E. J. & Liljegren, S. (1993). Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(3), 303-316. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Chickerneo, N. B. (1993). *Portraits of spirituality in recovery: The use of art in recovery from co-dependency and/or chemical dependency*. Springfield, IL England: Charles C Thomas, Publisher. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Chope, R. C. (2001). *Shared confinement: Healing options for you & the agoraphobic in your life*. Oakland, CA, US: New Harbinger Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Chronister, K. M. (2007). Contextualizing women domestic violence survivors' economic and emotional dependencies. *American Psychologist*, 62(7), 706-708. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cirillo, J. M. (1996). Differential treatment: Considerations for the female alcoholic. En J. A. Sechzer, S. M. Pfafflin, F. L. Denmark, A. Griffin & S. J. Blumenthal (Eds.), *Women and mental health*. (pp. 83-99). New York, NY US: New York Academy of Sciences. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Clark, J. & Stoffel, V. C. (1992). Assessment of codependency behavior in two health student groups. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 821-828. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Clark, M. & Jette, N. (1991). Short-term psychoeducational group for adult children of alcoholics: Catalyst for change. En T. M. Rivinus (Eds.), *Children of chemically dependent parents: Multiperspectives from the cutting edge*. (pp. 251-262). Philadelphia, PA US: Brunner/Mazel. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Clark, R. & Clifford, T. (1996). Towards a resources and stressors model: The psychological adjustment of adult children of divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*, 25(3), 105-136. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cleveland, M. (1987). Treatment of co-dependent women through the use of mental imagery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4(1), 27-41. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Coleman, E. (1987). Marital and relationship problems among chemically dependent and codependent relationships. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1(1), 39-59. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Collins, B. G. (1993). Reconstruing codependency using self-in-relation theory: A feminist perspective. *Social Work*, 38(4), 470-476. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cook, R. A. & Goff, J. L. (2002). Coming of age with self-managed teams: Dealing with a problem employee. *Journal of Business and Psychology*, 16(3), 485-496. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cooper, J. (1992). Codependency: A self-psychological perspective. En A. Goldberg (Eds.), *New therapeutic visions*. (pp. 141-163). Hillsdale, NJ England: Analytic Press, Inc. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cooper, M. (1995). Applying the codependency model to a group for families of obsessive-compulsive people. *Health & Social Work*, 20(4), 272-278. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Covey, S. R. (1991). *Principle-centered leadership*. New York, NY US: Summit Books. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cowan, G., Bommersbach, M. & Curtis, S. R. (1995). Codependency, loss of self, and power. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 221-236. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cowan, G. & Warren, L. W. (1994). Codependency and gender-stereotyped traits. *Sex Roles*, 30(9), 631-645. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Cozolino, L. J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York, NY US: W. W. Norton & Co. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Crawford, P., Hueppelsheuser, M. & George, D. (1996). Spouses of incest offenders: Coaddictive tendencies and dysfunctional etiologies. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 3(4), 289-312. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cretser, G. A. & Lombardo, W. K. (1999). Examining codependency in a college population. *College Student Journal*, 33(4), 629-637. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Crothers, M. & Warren, L. W. (1996). Parental antecedents of adult codependency. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 231-239. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cullen, J. & Carr, A. (1999). Codependency: An empirical study from a systemic perspective. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 21(4), 505-525. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Cunningham, M. S. (1993). Evaluating alcohol and other drug abuse programs. En E. M. Freeman (Ed.), *Substance abuse treatment: A family systems perspective*. (pp. 267-294). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Daniels, H., Creese, A., Hey, V., Leonard, D. & Smith, M. (2001). Gender and learning: Equity, equality and pedagogy. *Support for Learning*, 16(3), 112-116. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Dear, G. E. (2002). The Holyoake codependency index: Further evidence of factorial validity. *Drug and Alcohol Review*, 21(1), 47-52. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dear, G. E. (2004). Test-retest reliability of the Holyoake codependency index with Australian students. *Psychological Reports*, 94(2), 482-484. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2000). The Holyoake codependency index: Investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 87 (3 Pt1), 991-1002. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2002). The relationships between codependency and femininity and masculinity. *Sex Roles*, 46(5), 159-165. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2005). Validation of the Holyoake codependency index. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 139(4), 293-313. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dear, G. E., Roberts, C. M. & Lange, L. (2005). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. *Advances in psychology research*, vol. 34. (pp. 189-205). Hauppauge, NY US: Nova Science. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*DeBrown, J. H. (1991). Operationalizing codependence: Development and validation of the codependent relationship inventory. *Dissertation Abstracts International*, 52 (5), 2816-2816. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Delgado, D. D. & Gómez, A. P. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 16(4), 632-638. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- \*Dias, M., Jr. (2003). Deconstructing codependency: The relationship of codependency to femininity and related psychopathological factors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (9), 4365-4365. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dickman, F., Challenger, B. R., Emener, W. G. & Hutchison, W. S., Jr (Eds.) (1988). *Employee assistance programs: A basic text*. Springfield, IL US: Charles C. Thomas Publisher. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dixon, E. B. (1995). Impact of adult ADD on the family. En K. G. Nadeau (Ed.), *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: Research, diagnosis, and treatment*. (pp. 236-259). Philadelphia, PA US: Brunner/Mazel. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Douglas, J. J. (1996). Constructing codependency: An exploration of subjective definitions using Q-factor analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (11), 6385-6385. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Doweiko, H. E. (1990). *Concepts of chemical dependency*. Belmont, CA, US: Brooks/Cole Publishing. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Doweiko, H. E. (1993). *Concepts of chemical dependency* (2nd ed.). Belmont, CA, US: Brooks/Cole Publishing. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Duck, S. & Wood, J. T. (Eds) (1995). *Confronting relationship challenges*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dunion, P. J. (1991). Dyadic trust and self-trust as reflected by subjects from high and low functioning families of origin: A comparative study. *Dissertation Abstracts*

- International*, 52 (6), 2071-2071. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*DuPont, R. L. & McGovern, J. P. (1996). Co-dependence. *The Hatherleigh guide to issues in modern therapy*. (pp. 69-91). New York, NY US: Hatherleigh Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Dutton, D. G. (2007). The complexities of domestic violence. *American Psychologist*, 62(7), 708-709. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Edmundson, R., Byrne, M. & Rankin, E. D. (2000). Preliminary outcome data on a model treatment group for codependence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(1), 93-107. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Edwards, R. B. (1992). An investigation of codependent traits within a selected population of students at New Orleans Baptist theological seminary. *Dissertation Abstracts International*, 53 (5), 2574-2574. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Eggebeen, D. J. (2005). Cohabitation and exchanges of support. *Social Forces*, 83(3), 1097-1110. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Egnoto, J. O. (1995). Codependency and breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55 (9), 4101-4101. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Eichenfield, G. A. (1996). University-based group therapy for faculty, students, and staff. En M. P. Andronico (Eds.), *Men in groups: Insights, interventions, and psychoeducational work*. (pp. 81-96). Washington, DC US: American Psychological Association. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*El-Guebaly, N., Hodgins, D. C. & Dudar, C. (1992). Personal variables and the attitudes of medical students toward substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 1(1), 61-66. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Ellinger-Dixon, P. (1990). An experimental study to determine the effects of structured group counseling on codependency in women. *Dissertation Abstracts International*, 51(6), 1954-1954. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Emett, W. K. (1995). The prevalence of codependence in high school students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(3), 1696-1696. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Esterly, R. W. & Neely, W. T. (1997). *Chemical dependency and compulsive behaviors*. Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Fagan-Pryor, E. & Haber, L. C. (1992). Codependency: Another name for Bowen's undifferentiated self. *Perspectives in Psychiatric Care*, 28(4), 24-28. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Fan, W. & Chen, H. (2002). A study of self-worth and mental health. *Psychological Science (China)*, 25(3), 352-353. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Farmer, S. A. (1999). Entitlement in codependency: Development and therapeutic considerations. *Journal of Addictive Diseases*, 18(3), 55-68. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Farris, J. R. (1992). Dances of life and dances of death: The addictive process, dualistic spirituality and codependence. *Dissertation Abstracts International*, 52(7), 2596-2596. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Fausel, D. F. (1988). Helping the helper heal: Co-dependency in helping professionals. *Journal of Independent Social Work*, 3(2), 35-45. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Favorini, A. (1995). Concept of codependency: Blaming the victim or pathway to recovery? *Social Work*, 40(6), 827-830. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Ferrari, J. R., Jason, L. A., Nelson, R. & Curtin-Davis, M. (1999). An exploratory analysis of women and men within a self-help, communal-living recovery setting: A new beginning in a new house. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(2), 305-317. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Fiellin, D. A., Rosenheck, R. A. & Kosten, T. R. (2001). Office-based treatment for opioid dependence: Reaching new patient populations. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1200-1204. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Fischer, J. L. & Crawford, D. W. (1992). Codependency and parenting styles. *Journal of Adolescent Research*, 7(3), 352-363. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Fischer, J. L., Pidcock, B. W., Munsch, J. & Forthun, L. (2005). Parental abusive drinking and sibling role differences. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 79-97. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Fischer, J. L., Spann, L. & Crawford, D. W. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(1), 87-100. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Fischer, J. L., Wampler, R., Lyness, K. & Thomas, E. M. (1992). Offspring codependency: Blocking the impact of the family of origin. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*,

2(1), 20-32. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Fisher, D. & Beer, J. (1990). Codependency and self-esteem among high school students. *Psychological Reports*, 66(31), 1001-1002. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Forward, S. & Buck, C. (1991). *Obsessive love: When passion holds you prisoner*. New York, NY England: Bantam Books. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Frank, L. & Bland, C. (1992). What's in a name? Considering the co-dependent label. *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, 11(2), 1-14. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Frank, P. B. & Golden, G. K. (1992). Blaming by naming: Battered women and the epidemic of codependence. *Social Work*, 37(1), 5-6. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Freeman, A. G. (1993). Looking through the mirror of disability: Transference and countertransference issues with therapists who are disabled. *Women & Therapy*, 14(3), 79-90. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Freeman, E. M. (Ed) (1993). *Substance abuse treatment: A family systems perspective*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Fromme, K. (1990). All-anon: For all people who are affected by addiction. *PsycCRITIQUES*, 35(5), 495-496. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- \*Fuller, J. A. & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5-22. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Galliker, M., Grivel, M. & Klein, M. (2006). Abhängig von abhängigen: Gibt es auswege? eine studie zur partnerzentriertheit in beziehungen mit und ohne alkoholproblematik<sup>1</sup>. *Familiendynamik*, 31(1), 26-46. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Galliker, M., Grivel, M., Klein, M. & Schendera, C. (2004). Sind frauen von männern mit alkoholproblemen besonders partnerzentriert? *Sucht: Zeitschrift Für Wissenschaft Und Praxis*, 50(2), 113-120. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gardner, A. M. (1990). A neuro-linguistic programming perspective on codependency. En C. M. Serman (Ed.), *Neuro-linguistic programming in alcoholism treatment*. (pp. 155-172). Binghamton, NY US: The Haworth Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gayol, G. N. (2004). Codependence: A transgenerational script. *Transactional Analysis Journal*, 34(4), 312-322. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gayol, G. N. & Lira, L. R. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 25(2), 38-48. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gemin, J. (1997). Dangerous liasions: On the systematic. *Journal of Applied Communication Research*, 25(2), 132-149. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*George, W. H., La Marr, J., Barrett, K. & McKinnon, T. (1999). Alcoholic parentage, self-labeling, and endorsement of ACOA-codependent traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(1), 39-48. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gerra, G., Caccavari, R., Zaimovic, A., Palladino, M., Chittolini, B., Giucastro, G., et al. (1997). Serotonergic function in mothers of opioid addicts: Correlation with comorbid depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 36-42. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gibson, J. M. & Donigian, J. (1993). Use of Bowen theory. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 14(1), 25-35. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gierymski, T. & Williams, T. (1986). Codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(1), 7-13. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gillies, C. K. (1997). Healthy and unhealthy caring: Towards a constructivist analysis of carers of the aged. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (8), 5388-5388. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Goldberg, A. (Ed.) (1992). *New therapeutic visions*. Hillsdale, NJ England: Analytic Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gomberg, E. L. (1989). On terms used and abused: The concept of 'codependency.'. *Drugs & Society*, 3(3), 113-132. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gómez, A. P. & Delgado, D. D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: Estado del arte y construcción de un instrumento.

- Psicothema*, 15(3), 381-387. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Goodwin, D. W. & Warnock, J. K. (1991). Alcoholism: A family disease. En R. J. Frances & S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders*. (pp. 485-500). New York, NY US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gordon, J. R. (1997). Review of 'A disease of one's own: Psychotherapy, addiction, and the emergence of co-dependency'. *PsycCRITIQUES*, 42(5), 453-453. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gordon, J. R. & Barrett, K. (1993). The codependency movement: Issues of context and differentiation. En J. S. Baer, G. A. Marlatt & R. J. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment, and policy issues*. (pp. 307-339). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gotham, H. J. & Sher, K. J. (1995). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*, 57(1), 34-39. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Graham, J. A. (1995). Transcending an AA alcoholic identity: A phenomenological study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (2), 1106-1106. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Granello, D. H. & Beamish, P. M. (1998). Reconceptualizing codependency in women: A sense of connectedness, not pathology. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(4), 344-358. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Greenberg, G. (1994). *The self on the shelf: Recovery books and the good life*. Albany, NY US: State University of New York Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Greenspan, M. (1993). *A new approach to women & therapy (2nd ed.)*. Bradenton, FL US: Human Services Institute; Tab Books. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gruber, K. J. & Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1), 1-29. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gullickson, T. (1995). Review of 'the self on the shelf: Recovery books and the good life'. *PsycCRITIQUES*, 40(8), 811-811. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gullickson, T. & Ramser, P. (1994). Review of 'portraits of spirituality in recovery'. *PsycCRITIQUES*, 39(4), 436-437. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Gullion, E. (1981). Dependency: Today's major problem. *School Psychology International*, 2(2), 14-17. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Haaken, J. (1990). A critical analysis of the co-dependence construct. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 53(4), 396-406. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Haaken, J. (1993). From al-anon to ACOA: Codependence and the reconstruction of caregiving. *Signs*, 18(2), 321-345. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Haaken, J. (1995). A critical analysis of the codependency construct. En M. Babcock & M. C. McKay (Eds.), *Challenging codependency: Feminist critiques*. (pp. 53-69). Toronto, ON Canada: University of Toronto Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hacker, C. L. (1990). Employee assistance programs as an early intervention strategy for substance abuse. En H. B. Milkman & L. I. Sederer (Eds.), *Treatment choices for alcoholism and substance abuse*. (pp. 143-158). Lexington, MA England: Lexington Books/D. C. Heath and Com. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hall, P. K. (1992). Characteristics of a family therapist: The value of recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9(2), 77-85. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hampshire, E. (1990). *Freedom from food: The secret lives of dieters and compulsive eaters*. Paramus, NJ US: Prentice Hall Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hands, M. A. & Dear, G. E. (1995). 'Co-dependency: A critical review': Reply. *Drug and Alcohol Review*, 14(2), 242-243. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hands, M. & Dear, G. (1994). Co-dependency: A critical review. *Drug and Alcohol Review*, 13(4), 437-445. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Haram, S. J. (1992). Change in co-dependence and health promotion following participation in a program for family members of chemical dependents. *Dissertation Abstracts International*, 53 (3), 1292-1292. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Harkness, D. (2001). Testing Cermak's hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family of origin with offspring codependency? *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 75-82. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Harkness, D. (2003). To have and to hold: Codependency as a mediator or moderator of the relationship between substance abuse in the family of origin and adult-offspring medical problems. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 261-270. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Harkness, D. & Cotrell, G. (1997). The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 473-479. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Harkness, D., Manhire, S., Blanchard, J. & Darling, J. (2007). Codependent attitude and behavior: Moderators of psychological distress in adult offspring of families with alcohol and other drug (AOD) problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(3), 39-52. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 la base de datos PsycINFO.
- \*Harkness, D., Swenson, M., Madsen-Hampton, K. & Hale, R. (2001). The development, reliability, and validity of a clinical rating scale for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(2), 159-171. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Harmon, L. & Volker, M. (1995). HIV-positive people, HIV-negative partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21(2), 127-140. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Harper, J. & Capdevila, C. (1990). Codependency: A critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(3), 285-292. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Harper, J. & Capdevila, C. (1995). Codependency: A critique. En M. Babcock & M. C. McKay (Eds.), *Challenging codependency: Feminist critiques*. (pp. 35-52). Toronto, ON Canada: University of Toronto Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Harrington, J. A. (1995). Codependency as a function of identity development. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 55 (8), 2280-2280. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Haskell, R. E. (1993). *Adult-child research and experience: Personal and professional legacies of a dysfunctional co-dependent family*. Westport, CT US: Ablex Publishing. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hawkins, R. C., II & Hawkins, C. A. (1997). Psychological type and adult children of alcoholics' traits. *Journal of Psychological Type*, 41, 17-22. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hawks, R. D., Bahr, S. J. & Wang, G. (1994). Adolescent substance use and codependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(3), 261-268. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Haynes, Y. L. (1993). A women's issue: HIV/AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(1), 23-25. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Heath, A. W. & Stanton, M. D. (1991). Family therapy. En R. J. Frances & S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders*. (pp. 406-430). New York, NY US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Henman, J. O. & Henman, S. M. (1990). Cognitive-perceptual reconstruction in the treatment of alcoholism. En C. M. Serman (Ed.), *Neuro-linguistic programming in*

*alcoholism treatment*. (pp. 105-124). Binghamton, NY US: The Haworth Press.

Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Hewes, R. L. & Janikowski, T. P. (1998). Parental alcoholism and codependency: A comparison of female children of alcoholics and nonalcoholics in two college-age groups. *College Student Journal*, 32(1), 140-147. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Hinkin, C. H. (1991). Correlates of spousal and parental alcoholism: An examination of the validity of the theory of codependency among wives and children of alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 52 (3), 1721-1721. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Hinkin, C. H. & Kahn, M. W. (1995). Psychological symptomatology in spouses and adult children of alcoholics: An examination of the hypothesized personality characteristics of codependency. *International Journal of the Addictions*, 30(7), 843-861. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Hodgson, J. A. (1994). Codependency personality questionnaire development and validation and a descriptive/exploratory study of recovery using AL-ANON subjects. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 54 (7), 3888-3888. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Hoenigmann-Lion, N. & Whitehead, G. I. (2007). The relationship between codependency and borderline and dependent personality traits. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4), 55-77. Resumo recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.

\*Hogg, J. A. & Frank, M. L. (1992). Toward an interpersonal model of codependence and contradependence. *Journal of Counseling & Development*, 70(3), 371-375. Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Hollabaugh, L. C. (1996). The social construction of the codependency construct: College students' evaluation of 'codependent' characteristics in themselves and others. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (7), 2610-2610. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Holland Biggs, K. L. (1996). Disturbing. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (10), 3783-3783. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Holloway, L. V. (1999). The efficacy of conflict resolution and mediation training to reduce the incidence of domestic violence. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (10), 3744-3744. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Holmes, L. D. (2001). The relationship between addictive processes as manifested in two domains: Alcohol use/abuse and romantic relationships. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (8), 4407-4407. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Holmila, M. (1994). Excessive drinking and significant others. *Drug and Alcohol Review*, 13(4), 431-436. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hopkins, L. M. & Jackson, W. (2002). Revisiting the issue of co-dependency in nursing: Caring or caretaking? *CJNR: Canadian Journal of Nursing Research*, 34(4), 35-46. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S. & Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 264-272. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S. & Zeller, R. A. (1998). Depression and codependency in women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(6), 326-334. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hulce, C. L. (2007). Awareness levels of individuals who select a sex addict as a partner. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (8), 4711-4711. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Hunter, J. O. (1992). Exploring co-dependence and spirituality in college student life. *College Student Journal*, 26(4), 467-471. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Inclan, J. & Hernandez, M. (1992). Cross-cultural perspectives and codependence: The case of poor Hispanics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 245-255. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Irvine, L. (1997). Romancing the self: Codependency and the American quest for fulfillment. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 58 (6), 2419-2419. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Irvine, L. (1999). *Codependent forevermore: The invention of self in a twelve step group*. Chicago, IL US: University of Chicago Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Irvine, L. & Klocke, B. (2001). Redefining men: Alternative masculinities in a twelve-step program. *Men and Masculinities*, 4(1), 27-48. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Irvine, L. J. (1995). Codependency and recovery: Gender, self, and emotions in popular self-help. *Symbolic Interaction, 18*(2), 145-163. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Irwin, H. J. (1995). Codependence, narcissism, and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology, 51*(5), 658-665. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Isaacson, E. B. (1991). Chemical addiction: Individuals and family systems. *Journal of Chemical Dependency Treatment, 4*(1), 7-27. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Isham-Colvard, D. (1998). Codependency: A meta-analysis of related variables. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 59* (5), 2123-2123. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Jackson, J. V. (1994). The experience of co-dependency. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 54* (9), 4901-4901. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Janz, D. A. (2001). Psychological type and juror decision-making. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61* (9), 4987-4987. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Jones, A. L., Perera-Diltz, D., Salyers, K. M., Laux, J. M. & Cochrane, W. S. (2007). Testing hypothesized differences between adult children of alcoholics (ACOAs) and non-ACOAs in a college student sample. *Journal of College Counseling, 10*(1), 19-26. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Jordan, K. B. & L'Abate, L. (1995). Programmed writing and therapy with symbiotically enmeshed patients. *American Journal of Psychotherapy, 49*(2), 225-236. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Kasl, C. -D. (1990). *Women, sex, and addiction: A search for love and power*. New York, NY, US: Perennial Library/Harper and Row Publishers. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Kasl, C. S. (2002). Special issues in counseling lesbian women for sexual addiction, compulsivity, and sexual codependency. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 9(4), 191-208. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Keane, S. A. (2003). Facilitating treatment adherence in diabetic women using a specialized addiction support group model: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (5), 2124-2124. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Kim, H. J. (2002). Codependency: The impact of Confucian marriage and family structure on women in Korea. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (5), 2569-2569. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*King, T. C. & Ferguson, S. A. (1996). Clinical analysis of chronic dependency and help-giving in African American female friendships. *Smith College Studies in Social Work*, 66(2), 163-183. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Kirby-Green, G. (1998). A case study of the effects of cyclical psychodynamics therapy on codependency of families with children who are blind or visually impaired. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (4), 1349-1349. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Kirby-Green, G. & Moore, J. E. (2001). The effects of cyclical psychodynamics therapy on the codependence of families with legally blind children. *Journal of Visual Impairment*

- & *Blindness*, 95(3), 167-172. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Knauer, S. (2002). *Recovering from sexual abuse, addictions, and compulsive behaviors: "Numb" survivors*. New York, NY, US: Haworth Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Knipe, J. (2005). Targeting positive affect to clear the pain of unrequited love, codependence, avoidance, and procrastination. En R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing*. (pp. 189-212). New York, NY US: W. W. Norton. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Knobloch, L. K. & Solomon, D. H. (2004). Interference and facilitation from partners in the development of interdependence within romantic relationships. *Personal Relationships*, 11(1), 115-130. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Koedam, W. S. (2007). Sexual trauma in dysfunctional marriages: Integrating structural therapy and EMDR. En F. Shapiro, F. W. Kaslow, L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes*. (pp. 223-242). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Koffinke, C. (1991). Family recovery issues and treatment resources. En D. C. Daley & M. S. Raskin (Eds.), *Treating the chemically dependent and their families*. (pp. 195-216). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Kohlhepp, E. (1998). An assessment and treatment program for individuals in family systems with addiction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (4), 1915-1915. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Kress, M. K. (1989). Alcoholism: A womens' issue, a disability issue. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 20*(2), 47-51. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Kress, Y. (1995). Codependence: Blaming the victim? *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 55* (9), 3005-3005. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Krestan, J. & Bepko, C. (1990). Codependency: The social reconstruction of female experience. *Smith College Studies in Social Work, 60*(3), 216-232. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Kwon, S. (2001). Codependence and interdependence: Cross-cultural reappraisal of boundaries and relationality. *Pastoral Psychology, 50*(1), 39-52. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Laaser, M. R. (2006). Working with couples from a spiritual perspective. *Sexual Addiction & Compulsivity, 13*(2), 209-217. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*L'Abate, L. & Cox, J. (1992). *Programmed writing: A self-administered approach for interventions with individuals, couples, and families*. Belmont, CA, US: Brooks/Cole Publishing. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lafond, J. A. (2002). Victim to victor: Transformational leaders share the stories of their pasts. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 62* (11), 3642-3642. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Langevin, D. J. (2001). Addiction treatment training in Russia: Cultural adaptation of the bio-psycho-social-spiritual model. *Dissertation Abstracts International: Section B: The*

- Sciences and Engineering*, 62 (2), 1088-1088. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Larsen, H. H. (2004). Global career as dual dependency between the organization and the individual. *Journal of Management Development*, 23(9), 860-869. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lashbrook, L. E. (2005). Obtaining balance in the vocal studio: Healthy steps to interdependence through creating adult-to-adult relationships between student and teacher. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 65 (11), 4142-4142. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lawlor, E. M. (1992). Creativity and change: The two-tiered creative arts therapy approach to co-dependency treatment. *Arts in Psychotherapy*, 19(1), 19-27. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Le Poire, B. A. (1992). Does the codependent encourage substance-dependent behavior? Paradoxical injunctions in the codependent relationship. *International Journal of the Addictions*, 27(12), 1465-1474. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Le Poire, B. A., Hallett, J. S. & Giles, H. (1998). Codependence: The paradoxical nature of the functional-afflicted relationship. En B. H. Spitzberg & W. R. Cupach (Eds.), *The dark side of close relationships*. (pp. 153-176). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Levers, L. L. & Hawes, A. R. (1990). Drugs and gender: A women's recovery program. *Journal of Mental Health Counseling*, 12(4), 527-531. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Levin, J. D. (1991). *Recovery from alcoholism: Beyond your wildest dreams*. US: Jason Aronson. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lewis, J. A. (1994). The codependence concept and the status quo. *The Family Journal*, 2(3), 238-240. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Light, L. R. (1991). An investigation of a profile of characteristics among married women whose husbands are spinal cord injured. *Dissertation Abstracts International*, 52 (6), 3300-3300. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lindley, N. R., Giordano, P. J. & Hammer, E. D. (1999). Codependency: Predictors and psychometric issues. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 59-64. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lindsey, L. E. (1990). Clergywomen: Traits of codependency in adult children of alcoholics and adult children of non-alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 51 (6), 3175-3175. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Loas, G., Verrier, A., Gayant, C. & Guelfi, J. -D. (1997). Étude de validation de la version française de dépendance interpersonnelle d'Hirschfeld et al. (IDI) dans une population de 202 étudiants. *Annales Médico-Psychologiques*, 155(3), 211-212. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lobsinger, C. (1997). Addiction, power and gender. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(4), 210-215. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Loring, S. & Cowan, G. (1997). Codependency: An interpersonal phenomenon. *Sex Roles*, 36(1), 115-123. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Lorris, N. J. (1993). Family, culture, and codependence: A developmental perspective. *Dissertation Abstracts International*, 54 (6), 2337-2337. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Loughead, T. A. (1991). Addictions as a process: Commonalities or codependence. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 13(5), 455-470. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Loughead, T. A., Kelly, K. R. & Bartlett-Voigt, S. (1995). Group counseling for codependence: An exploratory study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13(4), 51-61. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Loughead, T. A., Spurlock, V. L. & Ting, Y. (1998). Diagnostic indicators of codependence: An investigation using the MCMI-II. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(1), 64-76. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lovelett, K. W. (1992). Codependency: Development of a four-factor instrument. *Dissertation Abstracts International*, 53 (5), 1402-1402. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lovern, J. D. (1991). *Pathways to reality: Erickson-inspired treatment approaches to chemical dependency*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Lyon, D. & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: Helping out Mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 435-439. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Maes, J. -C. (2000). Dépendance et co-dépendance à une secte. *Thérapie Familiale*, 21(2), 111-127. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- \*Manley, G. (1999). Treating chronic sexual dysfunction in couples recovering from sex addiction and sex coaddiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6(2), 111-124. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mannion, L. (1991). Co-dependency: A case of inflation. *Employee Assistance Quarterly*, 7(2), 67-81. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Martin, A. L. (1992). Codependency: DSM-III—R personality disorder or popular descriptive term. *Dissertation Abstracts International*, 52 (8), 4510-4510. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Martin, A. L. & Piazza, N. J. (1995). Codependency in women: Personality disorder or popular descriptive term? *Journal of Mental Health Counseling*, 17(4), 428-440. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Martsolf, D. S., Hughes-Hammer, C., Estok, P. & Zeller, R. A. (1999). Codependency in male and female helping professionals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 97-103. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Martsolf, D. S., Sedlak, C. A. & Doheny, M. O. (2000). Codependency and related health variables. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(3), 150-158. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*McGlone, J. L. (1994). An examination of the codependency construct: The effects of labeling. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 54 (9), 4927-4927. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*McGovern, T. F. (2007). Editorial. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(3), 1-2. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- \*Mcintyre, R. B. (1993). Codependence: An empirical exploration of construct validity. *Dissertation Abstracts International*, 54 (2), 428-428. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mellody, P., Miller, A. W. & Miller, J. K. (1989). *Facing codependence: What it is, where it comes from, how it sabotages our lives*. New York, NY US: Harper & Row. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mendenhall, W. (1989). Co-dependency definitions and dynamics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(1), 3-17. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mendenhall, W. (1989). Co-dependency treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(1), 75-86. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Messner, B. A. (1996). 'Sizing up' codependency recovery. *Western Journal of Communication*, 60(2), 101-123. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Meyer, D. F. (1996). Relations between codependency and the development of eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (9), 5177-5177. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Meyer, D. F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 107-116. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Meyer, D. F. & Russell, R. K. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 76(2), 166-173. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Miller, C. (2000). The technique of souldrama© and its applications. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 52(4), 173-186. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Miller, K. J. (1994). The co-dependency concept: Does it offer a solution for the spouses of alcoholics? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(4), 339-345. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Miller, W. R. (1987). Adult cousins of alcoholics. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1(1), 74-76. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Milrad, R. (1999). Coaddictive recovery: Early recovery issues for spouses of sex addicts. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6(2), 125-136. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Minnitti, P. (1992). The development of a codependency self-assessment scale. *Dissertation Abstracts International*, 53 (5), 2575-2575. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mitchell, C. E. (1991). Review and revision of behavioral guidelines used by religious codependent enablers. *Family Therapy*, 18(3), 255-263. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mitchell-Norberg, J., Warren, C. A. B. & Zale, S. L. (1995). Gender and CoDependents anonymous. En M. G. Flaherty & C. Ellis (Eds.), *Social perspectives on emotion*, vol. 3. (pp. 121-147). US: Elsevier Science/JAI Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mooney, B. T. (1993). Residential care needs of dually diagnosed adults. *Adult Residential Care Journal*, 7(1), 17-21. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Morgan, J. P., Jr. (1991). What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 47(5), 720-729. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Mori, H. & Osada, H. (2007). Effects of codependent tendencies in nurse-patient relationships. *Japanese Journal of Health Psychology*, 20(2), 61-68. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 la base de datos PsycINFO.
- \*Muse, S. & Chase, E. (1993). Healing the wounded healers: 'soul' food for clergy. *Journal of Psychology and Christianity*, 12(2), 141-150. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Myer, R. A., Peterson, S. E. & Stoffel-Rosales, M. (1991). Co-dependency: An examination of underlying assumptions. *Journal of Mental Health Counseling*, 13(4), 449-458. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Nathan, J. H. (2000). Disorders of interdependence in Japan. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 43(3), 176-187. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Nelsen, J. (1995). Varieties of narcissistically vulnerable couples: Dynamics and practice implications. *Clinical Social Work Journal*, 23(1), 59-70. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Neville-Jan, A., Bradley, M., Bunn, C. & Gehri, B. (1991). The model of human occupation and individuals with co-dependency problems. *Occupational Therapy in Mental Health*, 11(2), 73-97. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Newton, M. (1992). Living again: Family treatment at KIDS of north jersey. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(1), 71-80. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Nicholas, M. W. (1994). *The mystery of goodness and the positive moral consequences of psychotherapy*. New York, NY, US: W. W. Norton. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Noer, D. (1998). Layoff survivor sickness: What it is and what to do about it. En M. K. Gowing, J. D. Kraft & J. C. Quick (Eds.), *The new organizational reality: Downsizing, restructuring, and revitalization*. (pp. 207-220). Washington, DC US: American Psychological Association. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Noer, D. M. (1993). *Healing the wounds: Overcoming the trauma of layoffs and revitalizing downsized organizations*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass/Pfeiffer. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Norcross, J. C., Santrock, J. W., Campbell, L. F., Smith, T. P., Sommer, R. & Zuckerman, E. L. (2000). *Authoritative guide to self-help resources in mental health*. New York, NY, US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Nordone, A. J. (1999). Children and adult children of alcoholics: Development, family dynamics, and primary prevention. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (8), 4478-4478. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Nowinski, J. & Baker, S. (1992). *The twelve-step facilitation handbook: A systematic approach to early recovery from alcoholism and addiction*. San Francisco, CA US: Jossey-Bass. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Oates, W. E. (1997). Reconciling with unfulfilled dreams at the end of life. En T. D. Hargrave & S. M. Hanna (Eds.), *The aging family: New visions in theory, practice*,

- and reality*. (pp. 259-269). Philadelphia, PA US: Brunner/Mazel. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*O'Brien, P. E. & Gaborit, M. (1992). Codependency: A disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 129-136. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*O'Gorman, P. (1991). Codependency and women: Unraveling the power behind learned helplessness. En N. Van Den Bergh (Ed.), *Feminist perspectives on addictions*. (pp. 153-166). New York, NY US: Springer Publishing. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*O'Gorman, P. (1993). Codependency explored: A social movement in search of definition and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 64(2), 199-212. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*O'Laughlin, D. L. (1994). Validation of a measure of co-dependence. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 54 (9), 4929-4929. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Olmsted, M. E. (1998). 'If you don't become one, you'll marry one': Close relationships of adult children of alcoholics. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58 (8), 4493-4493. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Olson Bermudez, L. K. (1998). Depression and quality of social support as predisposing factors to coronary heart disease in women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (4), 1906-1906. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Olson, M. & Gariti, P. (1993). Symbolic loss in horizontal relating: Defining the role of parentification in addictive/destructive relationships. *Contemporary Family Therapy*:

*An International Journal*, 15(3), 197-208. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Orford, J. (2008). Review of 'familial responses to alcohol problems'. *Journal of Family Therapy*, 30(3), 328-330. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

\*O'Sullivan, M., Siedentop, D. & Tannehill, D. (1994). Breaking out: Codependency of high school physical education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 13(4), 421-428. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Pardee, T. L. (2007). Codependency in master's-level counseling students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (4), 2667-2667. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

\*Parker, F. M., Faulk, D. & LoBello, S. G. (2003). Assessing codependency and family pathology in nursing students. *Journal of Addictions Nursing*, 14(2), 85-90. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Peled, E. & Sacks, I. (2008). The self-perception of women who live with an alcoholic partner: Dialoging with deviance, strength, and self-fulfillment. *Family Relations*, 57(3), 390-403. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

\*Peterson, K. E. (1992). Hidden populations at high risk for HIV infection. En M. R. Seligson & K. E. Peterson (Eds.), *AIDS prevention and treatment: Hope, humor, and healing*. (pp. 153-172). Washington, DC US: Hemisphere Publishing Corp. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Phillips, E. A. (1988). Codependency: A real problem. En F. Dickman, et al. (Eds.), *Employee assistance programs: A basic text*. (pp. 194-203). Springfield, IL England:

Charles C Thomas, Publisher. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Pidcock, B. W. & Fischer, J. L. (1998). Parental recovery as a moderating variable of adult offspring problematic behaviors. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 16(4), 45-57.

Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Pisani, S. O. (2001). Codependence, field dependence and intimacy in the context of addiction: A study of mobility in personality and cognitive styles with recovering alcoholics/addicts and controls. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (7), 3891-3891. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Pollaci-Hurst, J. (2004). Beyond 'the big book': An exploration of texts used by members of 12-step programs to sustain recovery. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 64 (10), 3602-3602. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.

\*Pollack, D. L. (1992). A study of developmental precursors to codependency and cross-generational correlations of psychological functioning in mothers and adult daughters. *Dissertation Abstracts International*, 53 (5), 2564-2564. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Popkess-Vawter, S. (2005). 'Biographic and psychobehavioral influences on body mass index in a nursing sample': Commentary by Popkess-Vawter. *Western Journal of Nursing Research*, 27(1), 21-23. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.

\*Porter, E. (2001). Interdependence, parenting and responsible citizenship. *Journal of Gender Studies*, 10(1), 4-15. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Potter-Efron, R. & Potter-Efron, P. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(1), 37-57. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Potter-Efron, R. & Potter-Efron, P. (1989). Outpatient co-dependency treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(1), 151-167. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Prest, L. A. (1992). Family of origin, dyadic relationship and the level of codependence: A comparison of alcoholic and nonalcoholic couples. *Dissertation Abstracts International*, 52 (10), 3738-3739. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Prest, L. A., Benson, M. J. & Protinsky, H. O. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family Process*, 37(4), 513-528. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Prest, L. A. & Protinsky, H. (1993). Family systems theory: A unifying framework for codependence. *American Journal of Family Therapy*, 21(4), 352-360. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Prouty, K. V. (1992). MMPI patterns in codependency: Before and after treatment. *Dissertation Abstracts International*, 53 (4), 1059-1059. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Quirk, J. A. (1999). Teacher, heal thyself: Living in process recovery for the addictive school system. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (9), 3388-3388. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Ranganathan, S. (2004). Families in transition: Victims of alcoholism and new challenges ahead. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(4), 399-405.  
Resumo recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Rathbone-McCuan, E., Dyer, L. & Wartman, J. (1991). Double jeopardy: Chemical dependence and codependence in older women. En N. Van Den Bergh (Ed.), *Feminist perspectives on addictions*. (pp. 101-113). New York, NY US: Springer Publishing Co.  
Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Ray, E. B. (1993). When the links become chains: Considering dysfunctions of supportive communication in the workplace. *Communication Monographs*, 60(1), 106-111.  
Resumo recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Reed, L. J., Glasper, A., de Wet, C. J., Bearn, J. & Gossop, M. (2007). Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opiate withdrawal: Possible advantages of buprenorphine for the treatment of opiate-benzodiazepine codependent patients? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 188-192. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Review of 'Co-dependency: Issues in treatment and recovery'. (1991). *PsycCRITIQUES*, 36(9), 811-811. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Review of 'Codependent forevermore: The invention of self in a twelve step group'. (2005). *Adolescence*, 40(159), 684-684. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Review of 'Women with alcoholic husbands: Ambivalence and the trap of codependency'. (1992). *PsycCRITIQUES*, 37(12), 1345-1345. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.

- \*Reyome, N. D. & Ward, K. S. (2007). Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse*, 7(1), 37-50. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Rice, J. S. (1992). Discursive formation, life stories, and the emergence of co-dependency: 'Power/knowledge' and the search for identity. *The Sociological Quarterly*, 33(3), 337-364. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Rice, J. S. (1993). A disease of one's own: Psychotherapy, addiction, and the emergence of 'co-dependency'. *Dissertation Abstracts International*, 53 (8), 2993-2993. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Rice, J. S. (1996). *A disease of one's own: Psychotherapy, addiction, and the emergence of co-dependency*. New Brunswick, NJ US: Transaction Publishers. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Ridley, J. W. (1995). An investigation of prevalence of codependent personalities who enter nursing rather than other health care-related fields. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (2), 1141-1141. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Riley, J. W., Sr. (1995). A recovery group based on biblical teachings for codependents and others from dysfunctional families. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (2), 0720-0720. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Riordan, R. J. & Simone, D. (1993). Codependent christians: Some issues for church-based recovery groups. *Journal of Psychology & Theology*, 21(2), 158-164. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Rivinus, T. M. (1991). Treatment of children of substance-abusing parents: Selected developmental, diagnostic, and treatment issues. En T. M. Rivinus (Ed.), *Children of*

*chemically dependent parents: Multiperspectives from the cutting edge.* (pp. 263-287).

Philadelphia, PA US: Brunner/Mazel. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Roberts, M. B. (1991). Co-dependency: Myth or madness? *Dissertation Abstracts*

*International*, 52 (2), 1079-1080. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Robin, M. (1999). A typology of the three-year-old twin sibling relationship drawn from

two different environments: School and home. *European Journal of Psychology of Education*, 14(1), 141-159. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Rochon, E., Kavé, G., Cupit, J., Jokel, R. & Winocur, G. (2004). Sentence comprehension in

semantic dementia: A longitudinal case study. *Cognitive Neuropsychology*, 21(2), 317-330. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.

\*Roehling, P. V. & Gaumond, E. (1996). Reliability and validity of the codependent

questionnaire. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(1), 85-95. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Roehling, P. V., Koelbel, N. & Rutgers, C. (1996). Codependence and conduct disorder:

Feminine versus masculine coping responses to abusive parenting practices. *Sex Roles*, 35(9), 603-618. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Rosenberg, D. I. (1993). Reliability and validity of the relationship style inventory: A

measure of codependence. *Dissertation Abstracts International*, 54 (4), 2268-2268. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Rossiter, S. K. (2005). Narcissism and codependency. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (12), 6672-6672. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Rotunda, R. J. & Doman, K. (2001). Partner enabling of substance use disorders: Critical review and future directions. *American Journal of Family Therapy*, 29(4), 257-270. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Sandoz, J. (2004). Codependency? *Annals of the American Psychotherapy Assn*, 7(2), 37-37. Resumen recuperado el 17 de enero de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- \*Santrock, J. W., Minnett, A. M. & Campbell, B. D. (1994). *The authoritative guide to self-help books*. New York, NY, US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Saulnier, C. F. (1996). Images of the twelve-step model, and sex and love addiction in an alcohol intervention group for black women. *Journal of Drug Issues*, 26(1), 95-123. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Scaturo, D. J. (2005). Family therapy: Dilemmas of codependency and family homeostasis. En D. J. Scaturo (Ed.), *Clinical dilemmas in psychotherapy: A transtheoretical approach to psychotherapy integration*. (pp. 99-110). Washington, DC US: American Psychological Association. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Scaturo, D. J., Hayes, T., Sagula, D. & Walter, T. (2000). The concept of codependency and its context within family systems theory. *Family Therapy*, 27(2), 63-70. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Scaturo, D. J. & McPeak, W. R. (1998). Clinical dilemmas in contemporary psychotherapy: The search for clinical wisdom. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*,

- 35(1), 1-12. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Seaton, J. D. & David, C. O. (1990). Family role in substance abuse and traumatic brain injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 5(3), 41-46. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Seddon, C. F., Zabora, J. R. & Smith, E. D. (1992). Cancer and addictions: The potential for family and staff collusion. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(1), 83-97. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Sedlak, C. A., Doheny, M. O., Estok, P. J. & Zeller, R. A. (2000). Alcohol use in women 65 years of age and older. *Health Care for Women International*, 21(7), 567-581. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Seligson, M. R. & Peterson, K. E. (Eds.) (1992). *AIDS prevention and treatment: Hope, humor, and healing*. Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Selm, L. J. (2003). A family systems approach to treatment of addictive disorders: Confluence of two existing constructs. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (9), 4386-4386. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Shockley, G. A. (1994). Overcoming the obstacles of co-dependency: An interdisciplinary task. *Journal of Spiritual Formation*, 15(1), 103-108. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Shorkey, C. T. & Rosen, W. (1993). Alcohol addiction and codependency. En E. M. Freeman (Ed.), *Substance abuse treatment: A family systems perspective*. (pp. 100-122). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Siegel, M. A. A. (1994). The dysfunctional faith of our fathers: Co-dependency and patriarchy in the Western Christian tradition. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 54 (7), 2615-2615. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Sisson, R. W. & Azrin, N. H. (1993). Community reinforcement training for families: A method to get alcoholics into treatment. En T. J. O'Farrell (Eds.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. (pp. 34-53). New York, NY US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Sloven, J. (1995). Codependent or empathically responsive? Two views of Betty. En M. Babcock & M. C. McKay (Eds.), *Challenging codependency: Feminist critiques*. (pp. 150-166). Toronto, ON Canada: University of Toronto Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Smalley, S. (1987). Dependency issues in lesbian relationships. *Journal of Homosexuality*, 14(1), 125-135. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Smalley, S. & Coleman, E. (1987). Treating intimacy dysfunctions in dyadic relationships among chemically dependent and codependent clients. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1(1), 229-243. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Smith, B. (1996). The dynamic of idolatry: The work of Luke T. Johnson with implications for psychotherapy. *Journal of Psychology and Christianity*, 15(1), 5-16. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Smith, R. A. (2002). *Challenging your preconceptions: Thinking critically about psychology* (2nd ed.). Belmont, CA, US: Wadsworth/Thomson Learning. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Snow, D. M. (1993). The relationship between personal control and co-dependency in adult children of alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 54 (1), 171-171. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Soukup, J. E. (1995). *Understanding and living with people who are mentally ill: Techniques to deal with mental illness in the family*. Springfield, IL, England: Charles C Thomas, Publisher. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Spann, L. A. (1997). Attributions about codependency on the part of feminists and nonfeminists. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57 (11), 4948-4948. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Spears, P. D. (1997). Factors that lead to codependency and posttraumatic stress in battered women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58 (5), 2701-2701. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Springer, C. A., Britt, T. W. & Schlenker, B. R. (1998). Codependency: Clarifying the construct. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(2), 141-158. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Stafford, L. L. (2001). Is codependency a meaningful concept? *Issues in Mental Health Nursing*, 22(3), 273-286. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Stermán, C. M. (Ed.) (1990). *Neuro-linguistic programming in alcoholism treatment*. Binghamton, NY, US: The Haworth Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Stringham, G. (1993). Characteristics of spouses of alcoholics: Co-dependency and pathology. *Dissertation Abstracts International*, 54 (2), 1113-1113. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Sturkie, J. & Tan, S. (1993). *Advanced peer counseling in youth groups: Equipping your kids to help each other with the tough issues*. Grand Rapids, MI, US: Zondervan Publishing House. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Sullivan, C. P. (1996). Codependency and caregivers of HIV infected persons. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (8), 4646-4646. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Sunderwirth, S. & Spector, J. (1992). Codependency: When the chemistry isn't right. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 2(2), 23-31. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Tabisz, E. M., Jacyk, W. R., Fuchs, D. & Grymonpre, R. (1993). Chemical dependency in the elderly: The enabling factor. *Canadian Journal on Aging*, 12(1), 78-88. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Teichman, M. & Basha, U. (1996). Codependency and family cohesion and adaptability: Changes during treatment in a therapeutic community. *Substance use & Misuse*, 31(5), 599-615. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Thorpe, M. M. (1997). Mental health counselors' diagnoses of female clients on the codependency construct as a function of attitudes towards women. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57 (12), 5066-5066. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Toole, E. M. (1992). Study of stress influences on women religious children of alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 53 (1), 74-74. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Troise, F. P. (1992). The capacity for experiencing intimacy in wives of alcoholics or codependents. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9(3), 39-55. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Troise, F. P. (1995). An examination of Cermak's conceptualization of codependency as personality disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12(1), 1-15. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Uhle, S. M. (1994). Codependence: Contextual variables in the language of social pathology. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(3), 307-317. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Valentin, C. C. (1991). Validation of a new codependency assessment instrument. *Dissertation Abstracts International*, 51 (7), 3585-3585. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Van Dien, L. N. (2001). Dissociation and long-term adaptation to childhood maltreatment: Dissociative 'types' and clinical syndromes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (5), 2506-2506. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Van-Den-Bergh, N. (Ed) (1991). *Feminist perspectives on addictions*. New York, NY, US: Springer Publishing. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Van Wormer, K. (1989). Co-dependency: Implications for women and therapy. *Women & Therapy*, 8(4), 51-63. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Van Wormer, K. (1994). 'Hi, I'm Jane; I'm a compulsive overeater.'. En P. Fallon, M. A. Katzman & S. C. Wooley (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders*. (pp. 287-298). New York, NY US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Van Wormer, K. (1995). Codependency: Implications for women and therapy. En M. Babcock & M. C. McKay (Eds.), *Challenging codependency: Feminist critiques*. (pp. 117-128). Toronto, ON Canada: University of Toronto Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Veenstra, G. J. (1993). Forgiveness: A critique of adult child approaches. *Journal of Psychology and Christianity*, 12(1), 58-68. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Vowels, Y. M. (1995). Toward a third wave feminist revolution: Feminists, Buddhists, and 12 step practitioners encountering difference. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (6), 2445-2445. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wagner, A. (1994). Blue ego states for effective communication. *Transactional Analysis Journal*, 24(4), 281-284. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Walfish, S., Stenmark, D. E., Shealy, S. E. & Krone, A. M. (1992). MMPI profiles of women in codependency treatment. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 211-214. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Walker, M. C. (1992). Co-dependency and probation. *Federal Probation*, 56(2), 16-18. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Webster, D. (1990). Women and depression (alias codependency). *Family & Community Health, 13*(3), 58-66. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Weinberg, J. R. & Schnapps, B. (. (1987). Adult pets of alcoholics: Another underserved population. *Psychology of Addictive Behaviors, 1*(2), 131-131. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Weiten, W. (2006). A very critical look at the self-help movement. *PsycCRITIQUES, 51*(2). Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wells, M., Glickauf-Hughes, C. & Bruss, K. (1998). The relationship of co-dependency to enduring personality characteristics. *Journal of College Student Psychotherapy, 12*(3), 25-38. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wells, M., Glickauf-Hughes, C. & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy, 27*(1), 63-71. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wells, M. C., Hill, M. B., Brack, G., Brack, C. J. & Firestone, E. E. (2006). Codependency's relationship to defining characteristics in college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 20*(4), 71-84. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*West-Willette, C. (1991). A study of the internal consistency of the friel co-dependency assessment inventory. *Dissertation Abstracts International, 51* (7), 3587-3587. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Whitfield, C. L. (1989). Co-dependence: Our most common addiction: Some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly, 6*(1), 19-36. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Whitney, S. (1982). The ties that bind: Strategies for counseling the gay male co-alcoholic. *Journal of Homosexuality*, 7(4), 37-41. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Williams, C. E., Jr. (1998). Recovery from everyday racisms: A pedagogy of possibility. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59(3), 0703-0703. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Williams, E., Bissell, L. & Sullivan, E. (1991). The effects of co-dependence on physicians and nurses. *British Journal of Addiction*, 86(1), 37-42. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Williams, W. L. & Wallace, M. (2006). Self-injurious behavior. En J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*. (pp. 620-626). New York, NY US: Springer Science + Business Media. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wilson, J. R. & Wilson, J. A. (1992). *Addictionary: A primer of recovery terms and concepts from abstinence to withdrawal*. New York, NY US: Simon & Schuster. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wilson, K. & Goldman, E. E. (1991). Doorway to the past: Use of action techniques with adult children of alcoholics and co-dependants. En P. Holmes & M. Karp (Eds.), *Psychodrama: Inspiration and technique*. (pp. 179-186). New York, NY US: Tavistock/Routledge. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Winbush, V. R. (2006). Review of 'one nation under therapy: How the helping culture is eroding self-reliance'. *Psychiatric Services*, 57(1), 150-151. Resumen recuperado el 09 de agosto de 2007 de la base de datos PsycINFO.

- \*Witzig, J. (1999). The David connection. *Harvest: Journal for Jungian Studies*, 45(1), 87-99. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Worth, M. J. (1997). Codependency and psychopathology. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (7), 4732-4732. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wright, P. H. & Wright, K. D. (1990). Measuring codependents' close relationships: A preliminary study. *Journal of Substance Abuse*, 2(3), 335-344. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wright, P. H. & Wright, K. D. (1991). Codependency: Addictive love, adjustive relating, or both? *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 13(5), 435-454. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wright, P. H. & Wright, K. D. (1995). Codependency: Personality syndrome or relational process? En S. Duck & J. T. Wood (Eds.), *Confronting relationship challenges*. (pp. 109-128). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wright, P. H. & Wright, K. D. (1999). The two faces of codependent relating: A research-based perspective. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 21(4), 527-543. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Wright, S. S. (1993). Codependency: An exploratory study examining the impact of family dynamics experienced during childhood on behavior in adulthood. *Dissertation Abstracts International*, 53 (11), 6044-6044. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Yearing, B. (2003). Codependency: Its relationship to alcohol and family-of-origin dynamics. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and*

*Engineering*, 64 (2), 977-977. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

- \*Yoshimura, E. C. (1991). Illness risk and resistance as a function of codependency, differentiation of self, hardiness, and stress. *Dissertation Abstracts International*, 52 (4), 2285-2285. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Zelvin, E. (1993). Treating the partners of substance abusers. En S. L. A. Straussner & S. L. A. Straussner (Eds.), *Clinical work with substance-abusing clients*. (pp. 196-213). New York, NY US: Guilford Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Zelvin, E. (2004). Treating the partners of substance abusers. En S. L. A. Straussner (Eds.), *Clinical work with substance-abusing clients (2nd ed.)*. (pp. 264-283). New York, NY US: Guilford Press. Resumen recuperado el 30 de octubre de 2008 de la base de datos PsycINFO.
- \*Zetterlind, U. & Berglund, M. (1999). The rate of co-dependence in spouses and relatives of alcoholics on the basis of the Cermak co-dependence scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(2), 147-151. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Ziegler, P. P. (2000). Treating gay, lesbian, bisexual and transgender professionals with addictive disease. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 3(3), 59-68. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.
- \*Ziegler, P. P. (2000). Treating gay, lesbian, bisexual and transgender professionals with addictive disease. En J. R. Guss & J. Drescher (Eds.), *Addictions in the gay and lesbian community*. (pp. 59-68). New York, NY US: Haworth Press. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

\*Zuboff-Rosenzweig, L. (1996). The degree of similarity concerning abuse within the family backgrounds of al-anon members and controls. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(4), 81-101. Resumen recuperado el 02 de marzo de 2004 de la base de datos PsycINFO.

**ANEXO 2 – TABLA AUTORES Y N° DE TRABAJOS PUBLICADOS HASTA 30/10/2008 ENCONTRADOS EN BASE DE DATOS PSYCINFO.**

Tabla de los autores y n° de trabajos que tienen publicados en la Base de Datos PsycInfo hasta 30/10/08. (1)							
Dear, Greg E.	8	Gómez, Augusto Pérez	2	Bagheri, Pantea	1	Brown,-Heber-Marvin,-Jr	1
Fischer, Judith L.	6	Gordon,-Judith-R	2	Bahr,-Stephen-J	1	Browning,-Scott-W	1
Harkness, Daniel	5	Grivel, Madeleine	2	Bailey,-Melany-Ann	1	Buck,-Craig	1
Allison, Sarah	4	Gullickson, Terri	2	Baker,-Debbie-Ann	1	Bunn,-Carol	1
Cermak,-Timmen-L	4	Hands,-Melanie-A	2	Baker,-Richard-C	1	Burris,-Christopher-T	1
Irvine, Leslie J.	4	Harper,-Jeane	2	Baker,-Roy-Lee	1	Buxton, Amity P.	1
Martsof,-Donna-S	4	Hinkin,-Charles-H	2	Baker,-Stuart	1	Caccavari,-R	1
Roberts, Clare M.	4	Kirby-Green,-Gloria-Jean	2	Bale,-Richard	1	Calleros,-Rosemarie	1
Wright,-Katherine-D	4	Klein, Margot	2	Ballou,Mary	1	Campbell,-Barbara-D	1
Wright,-Paul-H	4	L'Abate,-Luciano	2	Barnett,-Karen-H	1	Campbell,-Linda-F	1
Zeller,-Richard-A	4	le-Poire,-Beth-A	2	Bartlett-Voigt,-Sharon	1	Carr,-Adrian	1
Cowan,-Gloria	3	Martin,-A-Lynne	2	Basha,-Uri	1	Carr,-Alan	1
Glickauf-Hughes,-Cheryl	3	Mendenhall,-Warner	2	Bayer,-Gloria-F	1	Carr,-Rey-A	1
Haaken,-Janice	3	Noer,-David-M	2	Beamish,-Patricia-M	1	Celani,-David-P	1
Hughes-Hammer,-Cyrilla	3	O'Gorman,-Patricia	2	Bearn, Jennifer	1	Challenger,-B-Robert(Ed)	1
Loughead,-Teri-A	3	Peterson,-Karen-E	2	Beer,-John	1	Charder,-Frances-B	1
Meyer,-Dinah-Frances	3	Pidcock, Boyd W.	2	Bell,-James	1	Chase,-Edwin	1
No authorship indicated	3	Potter-Efron,-Patricia-S	2	Benard, Antoine	1	Chatel,-Deborah-Kaye-Coussons	1
Prest,-Layne-A	3	Potter-Efron,-Ronald-T	2	Benenson,-Alan-K	1	Chen, Hong	1
Rice,-John-Steadman	3	Protinsky,-Howard-O	2	Bensch,-Marlene-Clara	1	Chene, Genevieve	1
Scaturo, Douglas J.	3	Rankin, Eric D.	2	Benson,-Mark-J	1	Chiauzzi,-Emil-J	1
Van-Wormer,-Katherine	3	Roehling,-Patricia-V	2	Bepko,-Claudia	1	Chickerneo,-Nancy-Barrett	1
Wells, Marolyn C.	3	Santrock,-John-W	2	Bergeron,-Jill-Stapleton	1	Chittolini,-B	1
Asher,-Ramona	3	Sedlak,-Carol-A	2	Berglund,-Mats	1	Chope,-Robert-C	1
Anderson,-Sandra-C	2	Smalley,-Sondra	2	Bettinardi-Angres,-Kathy	1	Chronister, Krista M.	1
Atkinson,-Shera-J	2	Spann,-Lynda-Anne	2	Biddy,-Karen-Deborah	1	Cirillo,-Jean-M	1
Babcock,-Marguerite	2	Troise,-Frank-P	2	Bird,-Helen-P	1	Clark,-Jerry	1
Barrett,-Kimberly	2	Warren,-Lynda-W	2	Bissell,-LeClair	1	Clark,-Michele	1
Bornstein, Robert F.	2	Zelvin, Elizabeth	2	Blanchard, Jennifer	1	Clark,-Roger	1
Borovoy, Amy	2	Ziegler,-Penelope-P	2	Blanchard,-Kimberly-Ann	1	Cleveland,-Martha	1
Brissett,-Dennis	2	Aday,-John-B,-Jr	1	Bland,-Cayla	1	Clifford,-Terry	1
Brown,-Howard-P	2	Aguilar,-Marian-A	1	Bogdaniak,-Roman-C	1	Cochrane, Wendy S.	1
Bruss,-Katherine-V	2	Alexander,-Christopher-J	1	Bommersbach,-Mimi	1	Collins,-Barbara-G	1
Byrne, Marilyn	2	Allen,-Wendy-A	1	Bondi,-Mark-W	1	Cook,-Roy-A	1
Capdevila,-Connie	2	Anderson,-Lee	1	Bonnet, Fabrice	1	Cooper,-Jill	1
Carson,-Ann-T	2	Andrews,-Mary-E	1	Boorhem,-Harriet	1	Cooper,-Marlene	1
Coleman,-Eli	2	Angelletta,-Michael	1	Boyd, Willie E. Jr.	1	Cotrell,-Gretchen	1
Crawford,-Duane-W	2	Angres,-Daniel-H	1	Brack, Catherine J.	1	Covey, Stephen R.	1
Delgado, Diana Delgado	2	Antze,-Paul	1	Brack, Gregory	1	Cox,-Janet	1
Doheny,-Margaret-O	2	Arkesteyn,-David-Lee	1	Bradley,-Michael	1	Cozolino,-Louis-J	1
Doweiko,-Harold-E	2	Arnaldi,-John-Anthony	1	Brambilla,-F	1	Crawford,-Patricia	1
Edmundson, Robert	2	Askew-Kidd,-Diane	1	Brewer,-Leslie-G	1	Creese,-Angela	1
Estok,-Patricia-J	2			Brewster,-Leigh-S	1	Cretser,-Gary-A	1
Galliker, Mark	2	Azrin,-Nathan-H	1	Brinsley,-John-R	1	Crothers,-Marciana	1
Gayol, Gloria Noriega	2	Baer,-John-Samuel(Ed)	1	Britt,-Thomas-W	1	Cullen,-James	1

Tabla de los autores y nº de trabajos que tienen publicados en la Base de Datos PsycInfo hasta 30/10/08. (2)							
Cunningham,-Michael-S	1	Fiellin,-David-A	1	Greenspan,-Miriam	1	Isaacson,-Eileen-B	1
Cupit, Jennifer	1	Firestone, Elizabeth E.	1	Gruber, Kenneth J.	1	Isham-Colvard,-Dolores	1
Curtin-Davis,-Margaret	1	Fisher,-Deena	1	Grymonpre,-Ruby	1	Jackson,-Joan-V	1
Curtis,-Sheri-R	1	Forthun, Larry	1	Guelfi, J.-D.	1	Jackson,-Winston	1
Dabis, François	1	Forward,-Susan	1	Gullion,-Elizabeth	1	Jacyk,-William-R	1
Daniels,-Harry	1	Fossoux, Helene	1	Haber,-Linda-C	1	Janikowski,-Timothy-P	1
Darling, Jennifer	1	Frank,-Larry	1	Hacker,-Carol-L	1	Janz, Donald A.	1
David,-Carroll-O	1	Frank,-Mary-L	1	Hale,-Richard	1	Jason,-Leonard-A	1
de Wet, Cornelis J.	1	Frank,-Phyllis-B	1	Hall,-Patti-K	1	Jette,-Noel	1
deBrown,-Jane-H	1	Franklin,-Cynthia	1	Hallett,-Jennifer-S	1	Jokel, Regina	1
Delsignore,-R	1	Freeman,-Alison-G	1	Hammer,-Elliott-D	1	Jones, Amy L.	1
Dias,-MariaJR	1	Freeman,-Edith-M(Ed)	1	Hampshire,-Elizabeth	1	Jones,-Rebecca	1
Dickman,-Fred(Ed)	1	Fromme, Kim	1	Haram,-Sandra-J	1	Jordan,-Karin-B	1
DiNitto,-Diana-M	1	Fuchs,-Don	1	Harmon,-Larry	1	Kahn,-Marvin-W	1
Dixon,-Ellen-B	1	Fuller,-Julie-A	1	Harrington,-Judith-Ann	1	Kasl,-Charlotte-Davis	1
Doman,-Kathy	1	Gaborit,-Mauricio	1	Haskell,-Robert-E	1	Kasl,-Charlotte-Sophia	1
Donigian,-Jeremiah	1	Gardner,-Ann-M	1	Hawes,-Anderson-R	1	Kavé,Gitit	1
Douglas,-Jonathan-James	1	Gariti,-Peter	1	Hawkins,-Catherine-A	1	Keane,StephanieA	1
Drake,-Angela-I	1	Gaumond,-Eva	1	Hawkins,-Raymond-CII	1	Kelly,-Kevin-R	1
Duck,-Steve(Ed)	1	Gayant, C.	1	Hawks,-Ricky-D	1	Kim,-Hyun-Jin	1
Dudar,-Cheryl	1	Gehri,-Beverly	1	Hayes,-Timothy	1	King,-Toni-C	1
Dunion,-Paul-J	1	Gemin,-Joseph	1	Haynes,-Yulonda-L	1	Klocke,-Brian	1
Dupon, Michel	1	George,-Darren	1	Heath,-Anthony-W	1	Knauer,-Sandra	1
DuPont,-Robert-L	1	George,-William-H	1	Henman,-James-O	1	Knipe, Jim	1
Dutton, Donald G.	1	Gerra,-G	1	Henman,-Sonia-M	1	Knobloch, Leanne K.	1
Dyer,-Larry	1	Gibson,-Joan-M	1	Hernandez,-Miguel	1	Koedam, Wilhelmina S.	1
Edwards,-Robert-B	1	Gieryski,-Tadeusz	1	Hewes,-Robert-L	1	Koelbel,-Nikole	1
Eggebeen, David J.	1	Giles,-Howard	1	Hey,-Valerie	1	Koffinke,-Carol	1
Egnoto,-Joseph-O	1	Gillies,-Christine-Kay	1	Hill, Michele B.	1	Kohlhepp,-Eberhard	1
Eichenfield,-Gregg-A	1	Giordano,-Peter-J	1	Hodgins,-David-C	1	Kosten,-Thomas-R	1
El-Guebaly,-Nady	1	Giucastro,-G	1	Hodgson,-Jean-A	1	Kress,-Manuela-K	1
Ellinger-Dixon,-Pamela-S	1	Glasper, Anthony	1	Hoenigmann-Lion, Natalia M.	1	Kress,-Yvonne	1
Emener,-William-G(Ed)	1	Goff,-J-Larry	1	Hogg,-James-A	1	Krestan,-Jo-Ann	1
Emett,-Wallace-Kent	1	Goldberg,-Arnold(Ed)	1	Hollabaugh,-Lisa-Carole	1	Krone,-Anton-M	1
Esterly,-Richard-W	1	Golden,-Gail-K	1	Holland-Biggs,-Karin-L	1	Kwon,-Soo-Young	1
Fagan-Pryor,-Ellen-C	1	Goldman,-Elaine-Eller	1	Holloway,-Laura-Veazey	1	Laaser, Mark R.	1
Fan, Wei	1	Gomberg,-Edith-L	1	Holmes,-Larry-Dale	1	Lafond,-Janelle-Anne	1
Farmer,-Sally-A	1	Goodwin,-Donald-W	1	Holmila,-Marja	1	La-Marr,-June	1
Farris,-James-R	1	Gossop, Michael	1	Hopkins,-Laurie-Michelle	1	Lange, Lois	1
Faulk,-Debbie	1	Gotham,-Heather-J	1	Hueppelsheuser,-Margaret	1	Langevin,-Doris-Jean	1
Fausel,-Donald-F	1	Graham,-Jerry-Alan	1	Hulce, Carol L.	1	Larsen, Henrik Holt	1
Favorini,-Alison	1	Grand,-Igor	1	Hunter,-John-O	1	Lashbrook, Laurie E.	1
Ferguson,-S-Alease	1	Granello,-Darcy-Haag	1	Hutchison,-William-SJr(Ed)	1	Laux, John M.	1
Ferrari,-Joseph-R	1	Greenberg,-Gary	1	Inclan,-Jaime	1	Lawlor,-Eileen-M	1
Fertonani-Affini,-G	1	Greenberg,-Jeff	1	Irwin,-Harvey-J	1	Leonard,-Diana	1

<b>Tabla de los autores y nº de trabajos que tienen publicados en la Base de Datos PsycInfo hasta 30/10/08. (3)</b>							
Levers,-Lisa-L	1	Minnitti,-Patricia	1	Prouty,-Kathleen-V	1	Smith,-Bill	1
Levin,-Jerome-David	1	Mitchell,-Christina-E	1	Quirk,-Jerilyn-A	1	Smith,-Elizabeth-D	1
Lewis, Judith A.	1	Mitchell-Norberg,-Jean	1	Ragnaud, Jean-Marie	1	Smith,-Marjorie	1
Light,-Laureen-R	1	Monica,-C	1	Ramser, Pamela	1	Smith,-Randolph-A	1
Liljegren,-Steven	1	Mooney,-Belinda-T	1	Ranganathan, Shanthi	1	Smith,-Thomas-P	1
Lincoln,-Rosamond	1	Moore,-J-Elton	1	Rathbone-McCuan,-Eloise	1	Snow,-Diane-Morrison	1
Lindley,-Natasha-R	1	Morgan,-James-P	1	Ray,-Eileen-B	1	Solomon, Denise Haunani	1
Lindsey,-Lynnea-E	1	Mori, Hidemi	1	Reed, Laurence J.	1	Sommer,-Robert	1
Lira, Luciana Ramos	1	Munsch, Joyce	1	Reyome, Nancy Dodge	1	Soukup,-James-E	1
Loas, G.	1	Muse,-Stephen	1	Ridley,-John-Webb	1	Spears,-Pamela-Denise	1
LoBello,-Steven-G	1	Myer,-Rick-A	1	Riley,-James-Waldon,-Sr	1	Spector,-Judith	1
Lobsinger,-Chris	1	Nathan,-Jeffrey-H	1	Riordan,-Richard-J	1	Springer,-Carrie-A	1
Lombardo,-William-K	1	Neely,-William-T	1	Rivinus,-Timothy-M	1	Spurlock,-Vicki-L	1
Lopez-Pilkinton,-Becky	1	Nelsen,-Judith	1	Roberts,-Marion-B	1	Stafford,-Linda-L	1
Loring,-Susan	1	Nelson,-Rebecca	1	Robin,-Monique	1	Stanton,-M-Duncan	1
Lorris,-Nancy-Jane	1	Neville-Jan,-Ann	1	Rochon,Elizabeth	1	Stenmark,-David-E	1
Lovelett,-Kenneth-W	1	Newton,-Miller	1	Rosen,-Willa	1	Sterman,-Chelly-M(Ed)	1
Lovern,-John-D	1	Nicholas,-Mary-W	1	Rosenberg,-David-Isunza	1	Stoffel,-Virginia-C	1
Lyness,-Kevin	1	Norcross,-John-C	1	Rosenheck,-Robert-A	1	Stoffel-Rosales,-Michele	1
Lyon,-Deborah	1	Nordone,-Anthony-Joseph	1	Rossiter, Stanford Kent	1	Stringham,-Gale	1
Madsen-Hampton,-Kathryn	1	Nowinski,-Joseph	1	Rotunda,-Rob-J	1	Sturkie,-Joan	1
Maes, Jean-Claud	1	Oates,-Wayne-E	1	Rubin,-Judith-E	1	Sullivan,-Cornelius-Patrick	1
Maestri,-D	1	O'Brien,-Patrick-E	1	Russell,-Richard-K	1	Sullivan,-Eleanor	1
Manhire, Shawna	1	O'Laughlin,-Deborah-Lee	1	Rutgers,-Christina	1	Sunderwirth,-Stanley	1
Manley,-Ginger	1	Olmsted,-Maureen-Elizabeth	1	Sacks, Ilana	1	Swenson,-Melaney	1
Mannion,-Lawrence	1	Olson,-Morrie	1	Sagula,-David	1	Tabisz,-Ellen-M	1
Marlatt,-G-Alan(Ed)	1	Olson-Bermudez,-Laura-Kristine	1	Salyers, Kathleen M.	1	Talbott,-G-Douglas	1
McGlone,-Jennifer-Link	1	Orford, Jim	1	Sandoz,Jeff	1	Tan,-Siang-Yang	1
McGovern, Thomas F.	1	Osada, Hisao	1	Saulnier,-Christine-Flynn	1	Tannehill,-Deborah	1
McGovern,-John-P	1	O'Sullivan,-Mary	1	Schendera, Christian	1	Taylor, Melissa Floyd	1
Mcintyre,-Robert-Bruce	1	Palladino,-M	1	Schlenker,-Barry-R	1	Teichman,-Meir	1
McKay,-M-Christine(Ed)	1	Pardee, Terri Lynne	1	Schnapps, Blackberry ('Blacky')	1	Tessier, Jean-François	1
McKinnon,-Terry	1	Parker,-Francine-M	1	Seaton,-J-David	1	Thomas,-E-Madoc	1
McMahon,-Robert-Joseph(Ed)	1	Peled, Einat	1	Seddon,-Carole-F	1	Thorpe,-Marilyn-McClelland	1
McPeak,-William-R	1	Perera-Diltz, Dilani M.	1	Seligson,-M-Ross(Ed)	1	Ting,-Yuan-yu	1
Melody,-Pia	1	Peterson,-John-H	1	Selm,-Leo-Joseph	1	Toole,-Eileen-M	1
Mercie, Patrick	1	Peterson,-Sarah-E	1	Shealy,-Suzanne-E	1	Uhle,-Susan-M	1
Messner,-Beth-A	1	Phillips,-Elizabeth-A	1	Sher,-Kenneth-J	1	Valentin,-Cynthia-C	1
Miller, William R.	1	Piazza,-Nick-J	1	Shockley,-Gary-Alan	1	Van-Den-Bergh,-Nan(Ed)	1
Miller,-Andrea-Wells	1	Piercy,-Fred-P	1	Shorkey,-Clayton-T	1	Van-Dien,-Laura-Noelle	1
Miller,-Connie	1	Pisani,-Shelden-Ogilvy	1	Siedentop,-Daryl	1	Veenstra,-Glenn-J	1
Miller,-J-Keith	1	Pollaci-Hurst,Judyann	1	Siegel,-Martha-Anne-Aitchison	1	Verrier, A.	1
Miller,-Kevin-J	1	Pollack,-Dana-L	1	Simone,-Diane	1	Viallard, Jean-François	1
Milrad,-Rhonda	1	Popkess-Vawter, Sue	1	Sisson,-Robert-W	1	Volker,-Marilyn	1
Minnett,-Ann-M	1	Porter,-Elisabeth	1	Sloven,-Jane	1	Vowels,-Yvonne-Mckinney	1

<b>Tabla de los autores y n° de trabajos que tienen publicados en la Base de Datos PsycInfo hasta 30/10/08. (4)</b>							
Wagner, Abe	1	Wartman, Judith	1	Williams, Terence	1	Yoshimura, Ellen C	1
Walfish, Steven	1	Webster, Denise	1	Wilson, Jan R	1	Zabora, James R	1
Walker, Mickie C.	1	Weinberg, Jon R.	1	Wilson, Judith A	1	Zaimovic, A	1
Wallace, Michele	1	Weiten, Wayne	1	Wilson, Kit	1	Zale, Stephanie L	1
Walter, Todd	1	West-Willette, Carolyn	1	Winbush, Victoria R.	1	Zawadski, Mary L	1
Wampler, Richard	1	Whitehead, George I.	1	Winocur, Gordon	1	Zetterlind, Ulla	1
Wang, Gabe	1	Whitfield, Charles L	1	Witzig, James	1	Zuboff-Rosenzweig, Laney	1
Ward, Karen S.	1	Whitney, Scott	1	Wood, Julia T(Ed)	1	Zuckerman, Edward L	1
Warner, Rebecca M	1	Williams, Clarence Earl, Jr.	1	Worth, Michelle Jean	1		
Warnock, Julia K	1	Williams, W. Larry	1	Wright, Shannon-Sheena	1		
Warren, Carol A. B.	1	Williams, Etta	1	Yearing, Barbara	1		

ANEXO 3

<b>NOMBRE DE LAS INSTITUCIONES (275) LAS CUALES ESTAN AFILIADOS LOS AUTORES</b>
Abe Wagner and Assoc, US
Adelphi University, US
Adler School of Professional Psychology, US
Adult Child Counseling Ctr, US
Alcohol and Drug Ctr, Fitzroy, Australia
Alfred State Coll, US
Andrews University US
Arizona State University of School of Social Work, US
Ascent Behavioral Services, US
Associate Chief of Social Services for Research and Education, US
Auburn University Montgomery, US
Azienda Unita Sanitaria Locale, Italy
Ball State University, US
Baycrest Centre for Geriatric Care, Canada
Belmont University, US
Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen, Germany
Bethlem Royal Hospital, United Kingdom
Boise State University, US
Boston University, US
Bradley Ctr Psychiatric Hosp, Pastoral Inst, US
Brigham Young University, US
Bristol County Sheriff's Office, US
Brookside Hosp, US
Brunswik Counseling Group and Training Inst, US
Butler Hosp, US
California Inst Integral Studies, US
California School of Professional Psychology - Los Angeles, US
California State Polytechnic University, US
California State University at Northridge, US
California State University, US
Capella University, US
Central DuPage Pastoral Counseling Ctr, US
Chesapeake Psychological Services, US
Chestnut Hill Coll, Graduate Div of Counseling Psychology, US
Cleveland State University, US
Clinical Research Foundation, India
Coll of St Thomas
Coll of William and Mary, US
Colorado School of Professional Psychology, US
Coney Island Hosp, US
Copenhagen Business School, Denmark
Crawford Counselling Services, Inc.,Canada

Ctr for Creative Leadership, US
Ctr for Substance Abuse, US
Ctrs for Psychotherapy, US
Curtin University, Australia
De Paul University, US
Delaware Guidance Services, US
Drew University, US
East Stroudsburg University, US
East Texas State University, US
Edith Cowan University, Australia
Esterly Consulting Assoc, US
Eugene Public Schools, OR
Faithful and True Ministries, US
Family Services, US
Florida State University, US
Foothills Hosp, Canada
Fordham University of Graduate School of Social Services, US
Ft Lewis Coll, US
Fuller Theological Seminary, US
Genesis Psychotherapy and Training Ctr, US
Georgia State University, US
Governors State University, US
Graduate Theological Union, US
Groupe D'Epidemiologie Clinique dUniversity of Sida en Aquitaine (GECSA), France
Halifax Regional School Board, Canada
Hebrew University, Israel
Hofstra University, US
Hope College, US
Hopital Haut-Leveque, France
Hopital Pellegrin, Bordeaux, France
Hôpital Pinel, France
Independent Consultant, US
Independent Scholar and Consultant
Indiana University, US
Ingomar United Methodist Church, US
Inst for Behavior and Health Inc, US
Inst Nacional de Psiquitría Ramón de la Fuente, Mexico
Inst Privado de Análisis Transaccional, Mexico
Instituto Mexicano de Análisis Transaccional (IMAT), Mexico
Jefferson County Schools, US
Johns Hopkins Oncology Ctr, US
Kent State University, US
KIDS of North Jersey, US
La Salle University, US

Lambda Counseling Center, US
Lewis and Clark College, US
Life Span Counseling and Community Services, Boise, US
Louisiana State University of and AandM Coll, US
Loyola Coll, US
Lund University, Sweden
Luther Seminary, US
LZcybershrink.com, US
Marquette University, US
Mcgill University, Canada
Memphis State University, US
Meridian School District, US
Michigan State University, US
Middle Tennessee State University, US
Midelfort Clinic, US
Ministry Resource Network, US
Mississippi State University US
National Assn for Children of Alcoholics, US
New Beginnings, US
New Orleans Baptist Theological Seminary, US
New School for Social Research, US
Noer Consulting Group, US
Northeastern University, US
Northern Illinois University, US
Obirin University, Japan
Ohio State University, US
Ohio University, US
Oklahoma State University, US
Ouachita Baptist University, US
Outpatient Mental Health, US
Pacific Graduate School of Psychology, US
Pacifica Graduate Inst., US
Penn State University-DuBois, DuBois, PA, US
Pennsylvania State University, US
Pepperdine University, US
Philadelphia Coll of Pharmacy and Science, US
Portland State University, US
Prevention and Education Inc, US
Prince of Wales Hosp, Australia
Princeton University, US
Private Practice, US
Professional Advisory Services, US
Programa Presidencial Para Afrontar el Consume de Drogas, Colombia
Programa Presidencial Rumbos, Colombia

Psychologist, US
Purdue University, US
Queensland Program of Assistance to Survivors of Torture, Australia
Rhode Island Coll, US
Roberto Clemente Family Guidance Ctr, US
Rush Presbyterian St Luke's Medical Ctr, US
Rutgers The State University of New Jersey - New Brunswick, US
Rutgers University, US
Saint Louis University, US
Salisbury University, US
San Diego State University of School of Nursing, US
San Francisco State University, US
Saybrook Inst., US
School of Theology at Claremont, US
Schulpsychologischer Dienst Rontal, Switzerland
Seattle University, US
Seton Hall University, US
Silverman and Assoc, US
Social Research Inst of Alcohol Studies, Finland
South Carolina State University US
Southern Cross University, Australia
Southern Illinois University of Carbondale, US
Southwest Normal University, China
Spring Lake Heights Counseling Ctr, US
Springfield Coll, US
St Boniface General Hosp, Canada
St Jerome's University, Canada
St Joseph Medical Ctr, US
St Louis University US
St Mary's Medical Ctr, US
St Olaf Hosp, US
St. Francis Xavier University, Canada
State University of New York at Potsdam, US
State University of New York at Stony Brook, US
State University of New York, US
Straight Spouse Network, US
Sun Coast Hosp, US
Syracuse University, US
Syracuse Veterans Affairs Medical Center, US
Tangram Rehabilitation Network, US
Tel Aviv University, Israel
Texas AandM University, US
Texas Tech University, US
Texas Woman's University, US

The Circle, Inc, US
The Meadows, Consultant, Wickenburg, AZ, US
The Ohio State University, US
The Union Inst, US
The Wright Inst., US
Thérapeute Systémique aUniversity of Centre de Consultations et de Planning Familial Marconi, France
Therapist, US
Toho University, Japan
Turning Point, Australia
Union Inst, US
Unite de Prevention et d'Aide aUniversity of Sevrage Tabagique, France
United School District No 399, US
United States International University, US
United Theological Seminary, US
Universität Bern Durchgeführt, Germany
Universität Bern, Switzerland
Universite Victor Segalen Bordeaux 2
University of Akron, US
University of Alabama, US
University of Alberta, Canada
University of Arizona, US
University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom
University of British Columbia, Canada
University of California School of Medicine, US
University of California, US
University of Colorado School of Nursing, US
University of Colorado, US
University of Connecticut, US
University of Delaware, US
University of Detroit Mercy, US
University of Hawaai, US
University of Illinois, US
University of Iowa, US
University of Kansas Medical Ctr, US
University of Kansas, US
University of La Verne, US
University of Louisiana at Lafayette
University of Louisville, US
University of Massachusetts, US
University of Memphis, US
University of Michigan Alcohol Research Ctr, US
University of Michigan Medical Ctr, US
University of Minnesota Medical School, US
University of Minnesota, US

University of Missouri, US
University of Nebraska Medical Ctr, US
University of Nebraska, US
University of New England, Australia
University of New Hampshire, US
University of New Mexico, US
University of New Orleans, US
University of North Carolina, US
University of North Dakota, US
University of Northern Colorado, US
University of Northern Iowa, US
University of of South Florida, US
University of Oregon, US
University of Rene Descartes, France
University of San Francisco, US
University of Scranton, US
University of South Carolina, US
University of Southern California, US
University of Southern Florida, US
University of Texas Graduate School Of Biomedical Sciences At Galveston, US
University of Texas Health Science Ctr, US
University of Texas, US
University of Toledo, US
University of Toronto, Canada
University of Victoria, Canada
University of Virginia, US
University of Washington, US
University of West Florida, US
University of Western Sydney, Australia
University of Windsor, Canada
University of Wisconsin, US
University of Wisconsin-Madison, US
University of Wollongong, Australia
University of Wyoming, US
US Dept of Veterans Affairs Medical Ctr, US
Veterans Affairs Medical Ctr, US
Village of Schaumburg Family Counseling Ctr, US
Virginia Commonwealth University, US
Virginia Polytechnic Inst and State University, US
Volunteer Counseling Service, US
VRW Consulting, US
Walden University US
Wayne State University US
Weber County Dept of Substance Abuse, US

Wellness Inst, US
West Virginia University, US
Western Health Board, Ireland
Western Illinois University, US
Western Michigan University, US
Wheeler Clinic, US
Whitman-Radclyffe Foundation, US
Widener University, US
William J. Farley Ctr, US
Willowbrook Resource Ctr, US
Women's Mental Health Collective, US
Yale University, US
York University, Canada

### ANEXO 4 - PALABRAS CLAVES, FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN QUE APARECEN Y COMO FUERON AGRUPADAS

Descriptores encontrados en las palabras claves, frecuencia y porcentaje en que aparecen y como fueron agrupadas		
Fr	%	Descriptores y agrupamientos
232	10,95	* <b>Codependency</b> +co-dependency+codependency relationship+codependency treatment+codependence construct +codependence+codependence scale+Codependency Instrument+codependency symptoms+codependency characteristics+codependency concept+codependency discourse+codependency factors+codependency labeling+co-dependency measurement+noncodependent
123	5,81	* <b>Alcohol</b> + alcoholism+alcoholism+alcoholism treatment issues+alcohol abuse+alcohol addiction+alcohol misuse+alcohol rehabilitation+alcohol-addicted partners+alcoholic families+alcoholic husbands+alcoholics+alcohol and other drug problems+alcohol abuse problem+alcohol abusers+alcohol abusing+alcohol addicts +alcohol dependen/-t-cy+alcohol problem/s+alcohol use/abuse+alcoholic +alcoholic dependency+alcoholic persons+alcoholics addicts+alcoholism+excessive drinking+drinking+personal alcohol problems+problem drinking+drinking/-patterns(padrao)+nonalcoholics+parental abusive drinking+parental alcoholism+problem drinker+Alcoholics Anonymous+alcoholics movement+members of Alcoholics Anonymous+12 steps+techniques for implementing 12-step programs
102	4,82	* <b>Treatment</b> +aftercare program for recovering+causes-educational-preventative-recovery programs +causes-symptoms-treatment-recovery+treatment compliance+treatment needs+treatment outcome+treatment planning+Characteristics-dynamics-treatment+Characteristics-intervention-treatment-monitoring+Characteristics-treatment+concept-treatment+educational program++family systems intervention+family treatment+implications for treatment+individuals in group treatment+KIDS family treatment program+office-based treatment+opioid-based medication treatment+prevention+prevention and intervention+primary prevention+process recovery+programed writing lessons +program concepts+Recovery Group Based+rehabilitation+relapse(recaida)resiliency+residential treatment+residential care+substance abuse treatment+treatment adherence+/agencies+/and implications+/intervention programs+/group model for intrapersonal+/guidelines +/involving Twelve-Step programs+/issues+/model' recovery+/needs+/outcome+/professionals+/ program+/program individuals+/resources+/reentry+/stages+/training+intervention+family treatment +KIDS family treatment program+relational group treatment program+ people in recovery
95	4,49	* <b>family/-y-es</b> +codependent families+chemically dependent families+daughters+Family Addiction+family characteristics+family coping style+family critique+family disease+family of origin experiences+family dynamics+family functioning+family health+family history+family members+family of origin+family recovery+family pathology+family roles+Family stress+family stressors+family structure+family studies+family system+family-of-origin dynamics+family-focused+fathers+mothers+mother's childrearing+single mother+siblings +single motherhood+sons+zygosity+twin in home+household organization+families+family dysfunction+family functioning+family role+dysfunctional alcoholic families+dysfunctional dynamics in families+dysfunctional families+dysfunctional families of origin,dysfunctional family constructs+family therapy+sibling role differences+Structural Family Therapy
70	3,31	* <b>self</b> +self concept+self containment+self creation+self differentiation+self esteem/(levels)+self help treatment implications+self labeling+ loss-self+low self-esteem+self managed teams+self psychology+self reported/+history+variables+self trust+self-coherence+self-confidence+self-defeating+self-handicapping strategy+self-help group at followup+self-help options+self-help sections+selfhood+self-identified+self-labeling +self-psychological+self-report (measure)+self-reproduction +self-sacrificing+self-selfobject relations+ contemporary American self+undifferentiated self +eroding self reliance+general self-worth+self invention+self perception+self actualization movement+self-fulfillment+Self-Help Movement+self-improvement interventions+self-injurious behavior+self-perception
70	3,31	* <b>female</b> +African American females+African American women,Black females,females with disabilities+*women+older women+women (elderly)+diabetic women+postmenopausal women*working women+heterosexual women+Japanese women+women's dependency
67	3,16	* <b>personality</b> characteristics+adjustive relating+adjustment+affect+affective+anxiety+approval seeking+at risk/+attachment history+ detachment+denial+codependent characteristics+codependent identity+dissociation+distress+dysfunctional attachment+early childhood experiences+early experience+emotional+emotional +emotional +emotional maturity+emotionality+emotionally impaired+employee attitudes+external focus+feminine identity+femininity+goodness+ +transcendence of Oedipal +unconscious+grief+locus of control+mood disturbance+moral development+Narcissism+narcissistic collusion+narcissistic overgiving+narcissistic personality+narcissistic traits+need for approval+new identity+nondepressed+object relations+organizational attachment+personality traits+positive moral+shame proneness+social impairments+symbiotically +cognitive factor; blame; avoidance+enmeshed+defensiveness+deviance+effectiveness+personality disorder+positive affect
57	2,69	* <b>codependent</b> +codependent behavior+codependent patients+codependent tendencies+co-dependent social workers+codependent supervisors+*Codependents Anonymous (coda)+coda members+codependent group members+codependency movement+members of codependents Anonymous
53	2,50	* <b>college students</b> +college teachers+Australian students+boys' underachievement+educational implications+health information administration students+high school students+high school physical education+medical students+nursing students+physical education teachers+students+preschool age twins+school system+school environment+schools+seminary students+teachers+teaching in clinical+teaching practices+undergraduate-s+/university students+middle school students
49	2,31	* <b>cognition</b> +cognitive deficits+cognitive-perceptual reconstruction+communication dysfunctions+attention deficit disorder+attention-reaction to exploitive others+assertiveness+adaptability+autonomy +competition+conflict resolution+coping mechanisms+coping techniques+creation issues+critical thinking+decision making +disabilities+empowerment+enabler networks+enlightened understanding +facilitation +global adjustment+ influence-strategies-decision making+interpersonal skills+Language +learning(aprendizagem)-+learning differences+management of enabling+memory+motivation+organization change+organizational communication+perceived family cohesion+perception+personal control ++processes-components-skills-confront challenges+sensation+sense of social connectedness (ligação)+sentence comprehension+work motivation+verbal memory+social desirability/+skills (habilidade)+skills approach+syntactic comprehension+syntax
38	1,79	* <b>addiction</b> + addicted + addictive +addictive behavior + addictive disorders + addictive love + addictive process + addicts
38	1,79	* <b>relationship</b> +relationship functioning and adjustment+relationship problems+close interpersonal relationships+Close relationships+closest friend+client-therapist relationship+family relationship+interpersonal relationships+parent child relationships+partner relationship+romantic relationships+twin relationship+lesbian relationships+friendships +relationality +interpersonal relationships+social relationships+student teacher relationship

38	1,79	<b>Codependency Assessment Tool/y otros</b> = Acquaintance Description Form-F2+Brown Peterson Recovery Progress Inventory+Cermak co-dependence scale+ Codependency Assessment Inventory+Codependency Assessment Questionnaire+Codependency Assessment Tool+Codependency Self Assessment Scale+Codependent Questionnaire+Codependent Rating Scale+codependent relationship inventory+codependency scale+MCMI-II diagnostic indicators+Delphi technique+Friek Codependency Assessment Inventory+DSM III-R +DSM-IV draft categories+Hodgson Codependency Personality Questionnaire+Holyoake Codependency Index+Spann-Fischer Codependency Scale+Millon Clinical Multiaxial Inventory-II+MMPI diagnostic criteria+MMPI profiles+Myers-Briggs Type Indicator +Relationship Style Inventory+Recovery Scale+T. L. Cermak's+Q-factor analysis+Kohlberg's stages+ Holyoake Codependency Index+ ICOD
36	1,70	<b>*Couples</b> +borderline codependent couples+White married couples+marital+marital issues+marital problems+marital satisfaction+marriage+partner-s(conjuge)+partner enabling+partner influence+romantic partners+spousal/spouses+couples therapy+spouses+spouses of alcohol
34	1,61	<b>*Measures</b> +measurement+measurement scales+statistics+methodology+reliability(confiabilidade)+,factorial validity+testing+construct validity+scale appended+test construction+validity+ measurement+test validity+test-retest reliability+dissociative taxon+related variables+validation+construct validity+factor structure+internal consistency+ internal consistency+ high scores+ instrument development+ Interpersonal Dependency Inventory+ test construction+test validation+standard scores+reliability
31	1,46	<b>*Domestic violence-shelter</b> +dominant/dominated+abuse+abusive/ abusive parenting practices+abusive-harmful relationships+emotionally abused +primary caregiver rejection+ parentification+return to abuser+role in child abuse+sexual abuse+sexual harassment+battered female syndrome+battered females+batterers+victim/s- blaming *childhood abuse +childhood experiences of abuse+childhood history similar to that of offender+childhood maltreatment+childhood trauma+incest offenders
29	1,37	<b>*Behaviors</b> +behavioral pathology+abnormal behavior+behavior change+behavioral choices+behavioral functioning+behavioral indicators+chronic dependency behaviors+codependent behavior,body mass index+Cognitive-behavioral indicators+compulsive behaviors+ dependence behavior+dysfunctional behaviors+helping behavior+male behavior+offender's behavior+partner behavior+problem behaviors+compulsive disorders +conduct disorder masculine coping style +body mass index+cooperative behavior
29	1,37	<b>*substance abuse/s/rs</b> +/issues+//abusing+//addicted+//use+//use disorders+polysubstance abusers+partners of substance abusers+substance dependence
28	1,32	<b>*Psychosocial</b> /-variablenessocial construct+social constructionist views+social demands+social exchange+social psychological perspectives+social psychology+social support/-factors+social work/-implications+sociocultural+ socioeconomic+middle-class+sociological perspective+Sociopolitical+sociopolitical roots in sexism+poverty+power/-framework poor Hispanic+political and economic forces+political- implications+staff +social concerns+psychosocial functioning
28	1,32	<b>*Parent-s</b> +Mexican American parents+parental(paterno, materno)+parental dysfunctions-styles+parenting-style+single-parenting+parent child relationship+parental attachment+aging parents
27	1,27	<b>*Drug</b> +drug abuse/s+drug addicted +drug addiction+drug addicts+drug dependen/t/cy+cocaine dependency+heroin addicted+opioid-dependency +drug users
25	1,18	<b>*Chemical dependency</b> +chemical addiction+chemically addicted +chemically dependent addicts -clients-persons+chemicals of abuse
25	1,18	<b>*Psychotherapy</b> +traditional psychotherapy+model of human occupation+modern psychotherapy+psychotherapy outpatients+forgiveness process in psychotherapy+psychodrama+Psychodramatic+psychodynamics+psychoeducational program+interdisciplinary psychotherapy
24	1,13	<b>*Adult child</b> +young adult children+adult children of alcoholics
23	1,09	<b>Adults</b> +young adults
23	1,09	<b>*Recovery</b> +recovering +level of recovery+recovery movement+recovery program+recovery
21	0,99	<b>*Biblical</b> model+biblical perspective+Biblical Teachings+Christian+church+clergy+ministry+pastoral care+patriarchal Western Anglican Christian church+religious+- orientation+parishioners+scriptural+God+hermeneutics
20	0,94	<b>*Commercial bookstores</b> +adicción book+codependency books+M. Beattie's bibliotherapeutic+guide+guide to self-help+handbook+Internet library+literature/review+popular and clinical literature+popular literature+recovery books+self help books+workbook
20	0,94	<b>Male</b> +male bonding+male faculty+male-centered+males+men
19	0,90	<b>*Patients</b> /clients+substance abusing patients+substance abusing clients+patients satisfaction+patients self care agency
18	0,85	<b>*Health care personnel</b> +health care professionals+helping profession/s-als+mental health professionals+mental health experts+nursing profession+physician+practitioners+professional +professionally assisted+nurses+global career
17	0,80	<b>*Psychopathology</b> +psychiatric disorders+personality/-disorders-syndrome akin+obsessive/ compulsive disorder+ Borderline Personality Disorder+Adult Children of Alcoholics syndrome+agoraphobic individuals+agoraphob/-e-ic-
15	0,71	<b>*Children</b> +childhood maltreatment+early childhood deficits+child rearing practices+childhood family dynamics+Children of Alcoholics/ movement+children diagnosed +number of children
15	0,71	<b>*Feminist/s</b> +feminist critique+feminist ideals+feminist perspective+feminist psychodynamic +nonfeminists
14	0,66	<b>*Counselors</b> +college counselors+counselors' diagnoses+counseling+counseling strategies+family counseling agency+group counseling+group counseling training+implications for counseling+offers advice +substance abuse counselors
14	0,66	<b>*Therapy</b> +therapy group+marital therapy+art therapy+occupational therapy program+occupational therapy+cyclical psychodynamic therapy+symbolic interactionist analysis of emotions +transactional analysis+feminist therapy
13	0,61	<b>*Gay/s</b> +gay developmental experiences +gay males+homosexual+bisexual+lesbian-s
13	0,61	<b>*Psychological</b> adjustment+psychological distress+psychological theory+psychological type +psychological characteristics +psychological construct+psychological correlates +psychological development+psychological distress +psychological principles +psychological type+underlying psychological dynamic+comorbidity
12	0,57	<b>*Cultural</b> +cultural aspects+cultural context+cross cultural perspective+cross-cultural differences+cultural influences+cultural messages+culture+role of culture+US culture+childhood sociocultural influences+helping culture
12	0,57	<b>*Dependence</b> +dependents+dependency relationship+dependent+dependency issues+dual dependency+field dependence+intellectual dependency+polydependency+substance dependency+opioid-dependency+interpersonal dependency
12	0,57	<b>Depress/ion</b> -ed
12	0,57	<b>*Diagnostic</b> +diagnostic criteria+diagnostic indicatorsdiagnostic validity+diagnosis and treatment+diagnosed+dually diagnosed
11	0,52	<b>*Eating disorders</b> +binge eating+compulsive overeaters
11	0,52	<b>*Gender</b> +gender bias+gender conditioning +gender differences+gender in group interactions+gender politic+gender role

		identification+role of gender
11	0,52	* <b>Mental health</b> +mental health state+mental health issues+mental illness+mentally ill+health+health outcomes+health promotion+healthy
11	0,52	* <b>Spirituality</b> +spiritual direction+bio physical spiritual+psychospiritual +psychospiritual- codependency+dualistic spirituality
11	0,52	<b>Wives</b>
10	0,47	* <b>Emotion/s</b> +emotion suppression+emotional abuse+emotional attachment+emotional dependency+emotional pathology+emotional responses
10	0,47	<b>Family systems therapy/theory</b>
10	0,47	* <b>Psychology</b> -of rage+countertransference issues+Transference- countertransference issues+Japanese psychology+Jungian psychology+change process+biopsychology+Intrapsychic
10	0,47	* <b>Sex</b> +sex of stimulus person+sex role/-orientation+sex stereotyped traits
10	0,47	* <b>Technique</b> of programmed writing+mental imagery techniques+Souldrama-psychospiritual technique+narrative techniques+neurolinguistic programming techniques+neurolinguistic programming++ameliorative therapeutic techniques+psychometrics
10	0,47	* <b>Theory</b> +learning theories+theories+M. Bowen's theory+M. Bowen's family systems theory+self-in-relation theory+communication theory++object relations theory+feminist theory+
9	0,42	* <b>Groups</b> +group consensus+group support+group therapy+specialized addiction support group model+support group/-members+university-based group therapy
8	0,38	* <b>Identity</b> +identity achievement+identity formation+identity transcendence+identification+problems of identity+identity-power-knowledge
8	0,38	* <b>Sex addiction</b> +sexual addiction+sex addict+sexual addiction
7	0,33	<b>Background</b> circumstantial antecedents+historical-transition+historical context+history
7	0,33	* <b>Care</b> /takers+career choice+caregiving in occupational choice+caregiving services+carers+unhealthy caring+non-nurturant caregivers
7	0,33	* <b>Clinic/ians</b> +clinical experiences+clinical syndromes+clinical disorders+clinical dilemma +clinical construct+clinical case study
7	0,33	* <b>Nurs/es</b> +nurse patient relationship+nursing profession+nursing students+Nurse Codependency Questionnaire
7	0,33	<b>Therapeutic</b> /-recreation specialists/-communities/-relationship/-techniques of Milton H. Erickson/-use of Bible/-+specific therapeutic strategies
7	0,33	* <b>Partner/s</b> +partner abuse risk+partner centered; heterosexual partners
6	0,28	* <b>Age</b> +middle-aged
6	0,28	* <b>Dysfunction</b> -+dysfunctional etiology +dysfunctional managerial practices+chronic sexual dysfunction+dysfunctional coping behavior+dysfunctional marriages
6	0,28	* <b>HIV</b> infected persons+hidden(escondida) populations at risk for HIV infection+HIV positive+acquired immune deficiency syndrome [AIDS]
6	0,28	* <b>Husband</b> + husband's adjustment
6	0,28	* <b>Offspring</b> +offspring alcoholism+offspring codependency+adult offspring+adult-offspring medical problems
5	0,24	* <b>Academic performance</b> +physically+physical+fitness
5	0,24	<b>Al-Anon/ members</b>
5	0,24	* <b>Ethnic</b> /+ethnic background+ethnicity
5	0,24	* <b>Individual</b> autonomy+individual interaction+individual pathology+individuation
5	0,24	* <b>Intimacy</b> +intimacy-level++intimacy dysfunctions
5	0,24	* <b>Organization</b> +organizational downsizing +organizational settings+organizational applications+organizational change
5	0,24	<b>Outpatient-</b>
5	0,24	<b>Physical abuse</b>
4	0,19	<b>Adolescen</b> /-t-ce
4	0,19	* <b>Boundaries</b> +boundary ambiguity+boundary distortion+borderline personality traits
4	0,19	* <b>Coaddiction</b> +co-addiction+coaddictive tendencies+coalcoholic
4	0,19	<b>Economic dependency</b>
4	0,19	* <b>Sexis</b> /m-t bias
4	0,19	* <b>Stress</b> +physical symptoms of stress+posttraumatic stress+chronic stressful events
4	0,19	<b>Traits</b>
4	0,19	* <b>Psychiatry</b> +psychiatric patients+psychiatric nursing+psychiatric symptoms
3	0,14	<b>Breast cancer</b> /patients
3	0,14	<b>Canada</b>
3	0,14	* <b>Community</b> +community behavioral reinforcement training+community mental health center
3	0,14	* <b>Demographic</b> +demographic characteristics+demographic variables
3	0,14	<b>Education</b>
3	0,14	* <b>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</b> +EMDR
3	0,14	<b>Interdependence</b> /-development
3	0,14	* <b>Interpersonal</b> +interpersonal applications+
3	0,14	* <b>Psychotherapist</b> +disabled (incapaz) therapists
3	0,14	* <b>Religious</b> /beliefs+religious leaders+religious organizations
3	0,14	* <b>Semantics</b> +semantic knowledge+semantic dementia
2	0,09	<b>At risk</b>
2	0,09	* <b>Brain</b> architecture+brain biochemistry
2	0,09	<b>Buprenorphine</b>
2	0,09	<b>Defini</b> /tions+defining characteristics
2	0,09	<b>EAP</b> clients
2	0,09	* <b>Elderly at end of life</b> +finitude-unfulfilled dreams+
2	0,09	* <b>human</b> +human development
2	0,09	* <b>labeling</b> +use of label

2	0,09	<b>Learned helplessness</b>
2	0,09	<b>*Life story+storytelling</b>
2	0,09	<b>Masculinity</b>
2	0,09	<b>Neuroscien/ce-tist</b>
2	0,09	<b>*Opiate/withdrawal+opiate-benzodiazepine</b>
2	0,09	<b>Oppression</b>
2	0,09	<b>Phenomenolog/ical-y</b>
2	0,09	<b>Residential treatment programs</b>
2	0,09	<b>Risk factors</b>
2	0,09	<b>*Sexual/ abuse+sexual trauma</b>
2	0,09	<b>*Transgender professionals+transgendered professionals</b>

**ANEXO 5 – PALABRAS CLAVES CON UNA SOLA OCURRENCIA**

<b>122 DESCRIPTORES KC CON 1 SOLA OCURRENCIA (sin significancia) 51,91%</b>		
Organizational downsizing	Hegemonic masculinity	Philosophical determinants
5-ht	Heterosexist	Policy issues
Acculturation	Homodidactic opposites	Popular self-help
Adaptive information processing model	Homosexuality	Posttraumatic symptoms
Ambivalence	Hypnotic age regression	Preconceptions
Authority of fantasy in theories of reading performance	Hypothesized differences	Prevalence
Awareness levels	Interdisciplinary perspectives on emotion	Probation work
Biochemical	Interference	Procrastination
Biographic correlates	Internal working models	Profile attributes
Business	Israel	Prolactin
Case discrimination & differentiation	Japan	Racisms
Case studies	Jurors	Response stability
Cessation programs	K. Blum's model of neurotransmitter deficit	Responsible citizenship
Coming out	L. T. Johnson's work	Risk taking
Confucian patriarchy	Layoff survivor sickness	Russia
Congenital visual impairments	Layoff survivors	Sect membership
Contemporary american plays	Leadership effectiveness	Sexual misconduct
Control	Lesbians	Spinal cord injured
Coronary heart disease	Life circumstances	Status quo
Correlation matrix	Life span	Strength
Cortisol	Management	Succorance
Cross generational	Managerial applications	Support exchange
Current recreational focus	Manley model of positive sexuality	Support groups
David connection	Marginalized people	Survivors
Decision making	Masters-level counseling students	Symptom reduction
Dental	Mediation training	Syndrome
Dilemmas in own lives	Metaphorical	Teaching environment
Disclosure	Methadone	Theoretical construct
Divorce-d	Mortality	Tobacco addiction
Dyadic	Neglect	Transformational leaders
Employees surviving	Neural circuits	Traumatic brain injury
Etiology	Nonfeminists	Treating
External criteria	Nonmarital cohabitation	Twelve step groups
External focusing	Nonprofit sector	Typologies
Features	Non-pursuing love of god	Unrequited love
Feminine	Nurturant confederate	Vajrayana buddhism
Folk psychological discourse	Obsessive love	Verdicts
Followup study	Pedagogical strategy	Vocal studio
France	Personal applications	Workplace
Growth	Personal change	
H. Ibsen's "a doll's house"	Personal involvement	Long term adaptation

**ANEXO 6: TABLA DE LAS VARIABLES INVESTIGADAS ATRAVES DE SFCDS, CAI Y CAQ EN LOS DOCUMENTOS PSYCINFO**

Variable	Relacionada con CD	No relacionada con CD	Instrumento	Populación	Autor/Año	
Abuso Físico	El abuso físico y emocional estaba relacionado con una alta CD en los SS.		SFCDS	59 ss (30 miembros del CoDA) (18 y más viejos)	Charder (1996)	
			CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1996, 1997)	
		No se encontró mayor incidencia del abuso infantil físico y sexual en el grupo con alta CD.	SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)	
Aculturación		no era un predictor de CD	SFCDS	245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)	
Alcoholismo parental	CD no era predecible por el trauma de infancia con padres alcohólicos.		SFCDS	100 mujeres y 90 hombres (minoría universitarios) (18-70 años)	Irwin (1995)	
				29 pares de estudiantes hermanos(19 mujeres y 10 hombres, 13 hermanas y 16 hermanos)	Fischer, Pidcock, Munsch y Forthun (2005)	
				243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología. (18 a 66 años)	Yearing (2003)	
				245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)	
		No hay diferencias significativas entre Cdpd de no Cdpd sobre su relación con familiar alcohólico, sin la adición de la variable de estresante crónico.	CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45. 18 a 35 años	Meyer (1996, 1997)	
		El alcoholismo parental solo parece no ser necesario ni suficiente para el desarrollo de la CD pero cuando combinados con otras variables estresantes (padres alcohólicos, físicamente o mentalmente enfermos) muestran significativa relación con CD.	SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)	
			SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)	
		Relación significativa entre alta CD y alcoholismo paternal percibido.		SFCDS	59 ss (30 miembros del CoDA (18 y más viejos)	Charder (1996)
		CD correlacionó modestamente con antecedentes familiares alcohólicos		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
		Los niveles de CD eran más altos en la muestra clínica, donde la familia de origen y las características de la relación actual se relacionaron consistentemente a CD.		CAI	120 (60 parejas casadas con un alcohólico en recuperación y con por lo menos 1 hijo). (30 a 50 años)	Prest, Benson y Protinsky (1998)
Agradabilidad	CD y agradabilidad están asociadas		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)	
Ansiedad	Correlación positiva significativa entre CD y ansiedad.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)	
				Estudiantes, 212 mujeres y 72 hombres.17-50 años	Cullen y Carr (1999)	

Ansiedad	La actitud y el comportamiento codependiente pueden ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que elevan la ansiedad			10 hombres y mujeres adultos (esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Apego parental	Un apego superior estaba relacionado a una menor CD.		SFCDS	245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)
Auto-confianza	Más altos niveles de auto confianza fueron asociados con más bajos niveles de CD.		SFCDS	95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
Autoestima	una baja autoestima estaba relacionada con una alta CD		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
				72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
				245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)
			CAI	15 estudiantes de Terapia Ocupacional y 15 estudiantes de Documentos Sanitarios (19 a 51 años)	Clark y Stoffe (1992)
				165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Autonomía emocional		La autonomía emocional no cargó significativamente en CD y no fue encontrada una relación negativa entre CD y autonomía.*	SFCDS	95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
Centralización en la relación	Las mujeres en relaciones con y sin problemas de consumo de alcohol no se diferencian significativamente entre ellas en la centralización en su pareja. Las mujeres sin hijos y las mujeres no trabajadoras resultaron centrarse con frecuencia en su pareja.		SFCDS	160 esposas de alcohólicos/no alcohólicos, trabajadoras/no trabajadoras, con/sin hijos.	Galliker, Grivel y Klein (2006)
Concienciación	CD estaba asociada a concienciación tanto en hombres cuanto en mujeres.		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
CD de los padres	Los chicos tenían puntuaciones de CD más altas que las de sus padres.		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)
	La CD era predictor de la CD de los ss.			Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
CD de la madre	CD del ss está asociada a tener un padre o una madre cdpd. La CD materna correlacionó con la dependencia química y con la CD del padre.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
		La CD de la madre no correlaciona significativamente con la CD del estudiante.	SFCDS/ CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
CD profesionales sociales y otras profesiones	La profesión tiene relación con ser cdpd.		SFCDS	Hombres y mujeres (médicos, enfermeras y personal administrativo). (18 años y más viejos)	Ridley (1995)
Compulsividad materna	Los comportamientos compulsivos maternos correlacionan significativamente con la CD del ss		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)

Compulsividad paterna		La CD del ss no correlaciona significativa con el comportamiento compulsivo del padre	SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Compulsividad de las parejas	Los ss del grupo de alta CD informaron más altos niveles de compulsividad en sus compañeros		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Compulsividad en cdpd	Una alta CD informó una mayor compulsividad.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Comunicación	El grupo alta CD informó mayores dificultades particularmente en sus relaciones en las áreas de comunicación		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Dependencia Química		Las correlaciones entre CD y dependencia química de los padres no eran significativas.	SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
		El grupo de alta CD no reporto mayor incidencia de familiar dependiente químico y no difiere de los otros grupos en el nivel del uso indebido de drogas.		72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
		No había cambio importante en niveles de CD entre los grupos		18 mujeres víctimas del abuso doméstico con o sin abuso de drogas. (18 años y más viejos)	Holloway 1999
	Los grupos puntuaron significativamente diferente en CD.		SFCDS	97 hombres y mujeres (dependientes químicos y alcohólicos en tratamiento, sus familiares, consejeros en practicas) (18 años y más viejos)	Harrington (1995)
	CD fue identificado como un problema grave para solamente un número pequeño de estudiantes. El típico estudiante puntuó medio.		CAI	35 hombres y mujeres estudiantes de enfermería (18 años y más viejos)	Parker, Faulk y LoBello (2003)
Depresión	La depresión era correlativo positivo significativo de CD		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente pueden ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que disminuyen la depresión.			72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
				10 hombres y mujeres adultos (esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Desarrollo moral de Kohlberg		Un alto grado de CD no está relacionado con el escenario de orientación de concordancias interpersonal del desarrollo moral de Kohlberg	SFCDS	60 cdpds en tratamiento clínico ambulatorio o residencial de dependencia química, siendo que 31 fueron tratados por Codependencia y 29 no. (18 años y más viejos)	Arkesteyn (1995)
Diferenciación Subsistema conyugal	Cdpds provienen de familias menos diferenciadas en los subsistemas conyugales.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	Yearing (2003)

Diferenciación Subsistema madre/hijo	Cdpds sería más propensos provenir de familias menos diferenciadas en el subsistema madre/hijo.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	Yearing (2003)
Diferenciación Subsistema padre/hijo	Cdpds sería más propensos provenir de familias menos diferenciadas en el subsistema padre/hijo.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	Yearing (2003)
Diferenciación del <i>self-other</i>	Cdpds calificaron significativamente mayor en diferenciación del <i>self-other</i> que no cdpds.		CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
Disfunción familiar	Las chicas provenientes de familia desestructurada acusaron más alto niveles de CD		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)
	Cuanto mayor CD mayor es la disfunción familiar.		SFCDS	29 pares de estudiantes hermanos(19 mujeres y 10 hombres, 13 hermanas y 16 hermanos)	Fischer, Pidcock, Munsch y Forthun (2005)
	Dentro del grupo clínico, había una pequeña diferencia, entre los alcohólicos y sus esposos con respecto a trastorno en sus familias de origen, familias actuales, o sus niveles de CD		CAI	120 (60 parejas casadas con un alcohólico en recuperación y con por lo menos 1 hijo). (30 a 50 años)	Prest, Benson y Protinsky (1998)
	Se encontró relaciones entre patología de la familia y los rasgos de CD.			35 hombres y mujeres estudiantes de enfermería (18 años y más viejos)	Parker, Faulk y LoBello (2003)
	Mujeres con mayores características de CD (incluyendo los "distorted self-other boundaries", las altas necesidades de control, y represión de los sentimientos) eran más probables a informar experiencia con otro conflicto de la familia.		CAQ	95 mujeres universitarias (18 a 29 años)	Meyer (1996)
Disfunción social	El grupo alta CD informó disfunción social.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Distorsión Cognitiva	Los rasgos cdpd y de personalidad limite fueron correlacionados semejantemente en el esquema cognoscitivo específico determinado por el DAS.		CAQ	59 mujeres y 16 hombres estudiantes de psicología (18 años y más viejos)	Hoenigmann-Lion y Whitehead (2007)
Distorted self-other boundaries:	Mujeres con mayores características de CD (incluyendo "distorted self-other boundaries", las altas necesidades de control, y represión de los sentimientos) demuestran una falta > de "self-other boundaries"		CAQ	95 mujeres universitarias (18 a 29 años)	Meyer (1996)
Distrés psicológico	El comportamiento codependiente consolidó la relación entre AODF y la severidad global de distrés psicológico del descendiente		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos (esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Divorcio y nuevo matrimonio de sus padres	Cdpd tenían mayor probabilidad de haber vivido un evento estresante crónico que los no Cdpd.		CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
Edad	Correlación negativa significativa entre CD y edad con una superior CD asociada con a la edad más joven.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996).
	Niveles más altos de CD fueron asociados a los participantes más viejos.			95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
		La edad no guarda relación alguna con CD.		243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon,	Yearing (2003)

				empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	
Enfermedad y estrese familiar	Los cdps tenían mayor probabilidad de haber vivido un evento estresante crónico que los no Cdpds		CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
	Chicas de familias estresadas o con padres alcohólicos tenían puntuaciones casi idénticas de CD.		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)
Enfermedad y estrese familiar	El acumulo de estresantes resultó ser uno de los indicadores más fuertes que influyen en la asistencia al grupo CoDA		SFCDS	256 miembros de grupos de apoyo (18 años y más viejos)	Atkinson y Fischer (1996)
	Grupo Alta CD reporta una incidencia más alta de problemas de salud mental paternal			72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
	La puntuación media de CD para los participantes con estrese familiar (padres alcohólicos, físicamente o mentalmente enfermos) eran más alta que para los sin estrese familiar. Las tres variables del estresante familiar tenían una relación significativa con CD cuando combinadas.		SFCDS/ CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
Estilo apego narcisista	Los estudiantes inclinados a CD pueden exhibir tendencias a patrones disimulados de relación narcisista.		CAI	Hombres y mujeres (13 a 64 años)	Wells, Hill y Brack (2006)
Estilos de apego ansioso	CD fue correlacionada positivamente con el estilo de apego ansioso/ambivalente.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Estilos de apego evitante	CD también fue correlacionado positivamente con el estilo de apego evitante.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Estilos de apego seguro	Correlación significativa negativa entre CD y estilo de apego seguro.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Estilo parental (Apoyo)	El apoyo entre padre-hijo fue relacionadas negativamente con la CD		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo parental (Actividades de recreación)	La influencia del pensamiento parental en las actividades de recreación de los hijos fue relacionado positivamente con la CD.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo parental (comunicación)	La comunicación entre padres e hijos fue relacionada negativamente con la CD.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo parental (Control)	El control parental fue relacionado positivamente con la CD.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo parental (Satisfacción)	La satisfacción en la relación padre-hijo fue relacionada negativamente con la CD		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo paterna (Coerción materna)	La coerción materna es predictor significativo de CD.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Estilos paterna (coerción, control, crianza sin nurturing)	Estilos paterna (coerción, control, crianza sin nurturing) correlacionaron significativamente con CD.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Evaluación ingreso tratamiento CD	Evaluación de CD para ingreso en tratamiento de CD		CAQ	Mujeres y hombres (vivir o haber vivido con alcohólico/adicto o situaciones familiares altamente estresantes) (18 años y más viejos)	Potter-Efron y Potter-Efron (1989c)
Evaluación de Tratamiento de dependencia química.	Significantes cambios en el nivel de CD entre el principio y las etapas de reingreso del tratamiento de los dependientes químicos	Ninguna asociación significativa entre su nivel de CD y las percepciones de sus relaciones Familiares.	CAQ	Hombres dependientes químicos. (102 en tratamiento residencial y 35 ambulatorio)	Teichman y Basha (1996)

Expresión afectiva	El grupo alta CD informó mayores dificultades en el funcionamiento familiar, particularmente en sus relaciones en las áreas de expresión afectiva		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)	
Envolvimiento emocional	El grupo alta CD informó mayores dificultades particularmente en sus relaciones en las áreas envolvimiento emocional		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)	
Extraversión	CD fue asociada extraversión en hombres y mujeres.		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)	
Género	La masculinidad era correlativo negativo significativo de CD	Ninguna relación estadística entre la feminidad y la CD	SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)	
	Niveles más altos de CD fueron asociados a las mujeres			95 estudiantes de psicología (33 mujeres, 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)	
	Las puntuaciones medias de CD para las mujeres fueron significativamente más altas		SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)	
		El género no fue correlacionado con la CD	SFCDS	97 mujeres y hombres dependientes químicos/alcohólicos en tratamiento, sus familiares, consejeros en prácticas. (18 años y más viejos)	Harrington (1995)	
		El grupo de alta CD no contenía más mujeres		72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)	
		No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el grado de CD		243 hombres y mujeres miembros del Al-lanon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología. (18 a 66 años)	Yearing (2003)	
		Las puntuaciones CD (CAQ) demostraron una leve diferencia de género en la misma dirección, pero esta tendencia no era estadísticamente significativa.		SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
		CD coincide con los rasgos femeninos negativos devaluados tanto en mujeres cuanto hombres.		CAQ	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 No identifico sexo) (17 a 56años)	Cowan y Warren (1994)
		No había relación entre género y CD			238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
		No había diferencias significativas entre hombres y mujeres en CD.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Gerencia de la impresión	Correlación negativa entre la CD y la gerencia de la impresión.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)	
Hostilidad	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que elevan la hostilidad del descendiente		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales). (18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)	

Idealización-Paranoide	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que elevan la idealización-paranoide del descendiente		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Logro de identidad		Ninguna correlación entre la CD y el logro de identidad. El desarrollo de la identidad solo no puede explicar la CD	SFCDS	97 mujeres y hombres dependientes químicos/alcohólicos en tratamiento, sus familiares, consejeros en prácticas. (18 años y más viejos)	Harrington (1995)
Logro de la tarea	Grupo Alta CD muestra mayores dificultades en el funcionamiento familiar en el área de logro de la tarea		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Locus de Control	CD tenía una débil correlación positiva con el lugar externo de control		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
	CD relacionada moderadamente con el Locus de Control externo.		CAI	15 estudiantes de Terapia Ocupacional y 15 estudiantes de Documentos Sanitarios (19 a 51 años)	Clark y Stoffel (1992)
Locus de Control interpersonal	CD fue perceptiblemente correlacionada negativamente con el locus de control interpersonal. CD se asocia a la baja percepción de control interpersonal.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
	CD podría estar estrechamente relacionada con el temor a la intimidad y a ser herido en la relación, ya que está relacionada con una preocupación por mantener o controlar una relación en seguridad.		CAI	Hombres y mujeres (13 a 64 años)	Wells, Hill y Brack (2006)
Narcisismo	Existe una relación entre CD y el narcisismo, y es más complicada de lo previsto por la literatura		SFCDS	100 mujeres y 90 hombres (minoría universitarios) (18-70 años)	Irwin (1995)
Negación	La negación de un problema resultó ser uno de los indicadores más fuertes de la asistencia de grupo CoDA.		SFCDS	256 miembros de grupos de apoyo (18 años y más viejos)	Atkinson y Fischer (1996)
Negligencia con sus propios problemas	Más personas en el grupo de alto CD informaron de que no habían pedido ayuda para sus problemas.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Neuroticismo (psicopatología)	CD asociada fuertemente a varios aspectos de la afectividad negativa (neuroticismo de NEO-FFI y la mayoría de las dimensiones BRIEF).		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
Obsesivo-compulsivo	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que debilitó el efecto de AODF sobre las dimensiones de Obsesivo-compulsivo del descendiente.		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Orden de nacimiento		CD no relaciona perceptiblemente con orden de nacimiento.	SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
Orientación elección profesión		CD no está relacionada con la elección la profesión	CAI	15 estudiantes de Terapia Ocupacional y 15 estudiantes de Documentos Sanitarios (19 a 51 años)	Clark y Stoffel (1992)

Pérdida del <i>Self</i>	Pérdida del <i>Self</i> (externar la auto-percepción, inhibición de la auto-expresión, y división del <i>Self</i> ) correlacionó altamente con CD.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Percepción de la Relación Familiar		Ninguna asociación significativa entre su nivel de CD y sus percepciones de sus relaciones familiar.	CAQ	Hombres dependientes químicos. (102 en tratamiento residencial y 35 ambulatorio)	Teichman y Basha (1996)
Percepciones de las relaciones – competitiva	CD fue asociada perceptiblemente a auto-informes de la competitividad.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Percepciones de las relaciones – comprensiva		CD no relaciona con medidas de apoyo, de conectividad privada y pública, o de tomar la perspectiva de la pareja	CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Percepciones de las relaciones - el cuidar		CD no fue correlacionada con medidas de cuidar	CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Percepciones de las relaciones - relación empática	La CD más alta fue relacionada con mayores reacciones empáticas a las emociones de la pareja.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Percepciones de las relaciones - interpersonal conectividad		CD no fue correlacionada con conectividad interpersonal.	CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Poder Percibido	CD y Pérdida del <i>Self</i> relacionado negativamente con Poder percibido en ambos géneros.			77 mujeres y 45 hombres en relación comprometida (17 a 50 años)	Cowan, Bommersbach y Curtis (1995)
Psicoticismo	La actitud codependiente debilitó el efecto de AODF sobre las dimensiones Psicoticismo		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Quejas somáticas	El grupo alta CD informó quejas somáticas.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Religión	Chicas de familia religiosa anotaron más alto en CD		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)
Resiliencia	Las hijas de alcohólicos (COAs) <i>underclass</i> tenían significativamente niveles de conductas CD más bajos que las <i>underclass</i> de familias no alcohólico (no-COAs). COAs <i>upperclass</i> no eran diferentes en las conductas relacionadas con CD - con las <i>upperclass</i> no COA, pero tenía puntuación de CD significativamente más alta que las COAs <i>underclass</i> .		SFCDS	76 universitarias, hijas de alcohólico/no alcohólico. (cursos 1º o 2º años = <i>underclass</i> ; 3º y 4º año clases junior y sénior o mayores = <i>upperclass</i> .(18 a 22 años)	Hewes, Janikowski (1998)
Rol conyugal	El grupo alta CD informó mayores dificultades en sus relaciones en el área de roles.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Rol familiar	Las diferencias en los roles del héroe y del niño perdido relacionaron perceptiblemente con el beber parental y la disfunción de la familia		SFCDS	29 pares de estudiantes hermanos(19 mujeres y 10 hombres, 13 hermanas y 16 hermanos)	Fischer, Pidcock, Munsch y Forthun (2005)
Salud de la Familia de Origen	Los resultados sugieren que cdps vienen de familias de origen menos saludable.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología. (18 a 66 años)	Yearing (2003)

Sensibilidad interpersonal	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que disminuyen la sensibilidad interpersonal.		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Separación de sus padres	Mujeres con mayores características de CD (incluyendo "distorted self-other boundaries", altas necesidades de control, y reprensión de los sentimientos) experimentan más conflictiva separación paterna		CAQ	95 mujeres universitarias (18 a 29 años)	Meyer (1996)
	Cdpds demuestran niveles más bajos de independencia conflictiva paterna y materna.			95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer y Russell (1998)
Somatización	La actitud y el comportamiento codependiente pueden proteger al hijo-adulto contra el distrés somático asociado a problemas de AOD en la familia de origen.		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales). (18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
<i>Succorance</i>	La <i>succorance</i> ** correlacionada positivamente CD.		SFCDS	95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
Tendencia contraproducente	Los estudiantes inclinados a CD pueden exhibir tendencias contraproducentes.		CAI	Hombres y mujeres (13 a 64 años)	Wells, Hill y Brack (2006)
Tener hijos	Las mujeres con hijos indicaron que cuanto mayor su CD, menos aceptación de sus hijos y más deprimidas estaban a cerca de sus capacidades de crianza.	No encontraron diferencias significativas en la CD de los grupos	SFCDS	13 mujeres sin hijos ( $\bar{x}$ 28,2 años), 21 mujeres con hijos ( $\bar{x}$ 35,8 años), y 35 hombres ( $\bar{x}$ 37,6 años) Un 90% fueron de la recuperación del abuso de alcohol o de alcohol y drogas. (18 a 39 años)	Ferrani, Jason, Nelson y Curtin-Davis (1999)
Timidez	CD correlaciona positivamente con timidez pública, y perceptiblemente con timidez privada y ansiedad social.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Tratamiento asesoramiento Grupo (Eficacia)	El tratamiento de asesoramiento en grupo para reducir la CD fue eficaz.		SFCDS	19 cdpds (18 a 68años)	Loughead, Kelly, Bartlett-Voigt (1995)
Trastorno Alimentario	Mujeres con mayores características cdpds presentan una Conducta Desordenada de Comer más alta.		CAQ	95 mujeres universitarias (18 a 29 años)	Meyer (1996)
	Cdpds difirieron significativamente de no cdpds en 10 de las 11 variables en trastornos de la alimentación.			95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
	Mujeres cdpds difieren significativamente de mujeres no cdpds en los síntomas de Trastornos Alimentarios.			95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer y Russell (1998)
	Más características cdpds relacionan con más alto niveles de comportamiento desordenado de comer y separación conflictiva de los padres.			95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer y Russell (1998)
Trastorno de la Personalidad	Alta CD fue relacionada significativamente con Trastorno de la Personalidad		SFCDS	59 ss (30 miembros del CoDA) (18 y más viejos)	Charder (1996)
Trastorno de la Personalidad Evitativa	Alta CD fue mejor predicha por Trastorno de la Personalidad Evitativa.				

Trastorno de la Personalidad Pasivo-Agresiva	Los miembros del CoDA relacionaron con Trastorno de la Personalidad Pasivo-Agresiva.				
Trastorno de la Personalidad Histriónica		No fue apoyado el pronóstico de los miembros CoDA por Trastorno de la Personalidad Histriónica			
Trastorno de la Personalidad Dependiente		Los miembros del CoDA no fueron relacionados con el Trastorno de la Personalidad Dependiente			
	Una correlación positiva significativa fue encontrada entre CD y personalidad Dependiente		CAQ	59 mujeres y 16 hombres estudiantes de psicología (18 años y más viejos)	Hoenigmann-Lion y Whitehead (2007)
Trastorno de la Personalidad Limite	La escala limite fue más altamente correlacionada con las escalas de CD que la escala Dependiente				
Traumas infantiles		CD no era predecible por trauma de infancia	SFCDS	100 mujeres y 90 hombres (minoría universitarios) (18-70 años)	Irwin (1995)
Valores y normas	El grupo alta CD informó mayores dificultades en sus relaciones en las áreas de valores y normas.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Uso de estrategias	CD relacionada positivamente con uso de estrategias indirectas en ambos sexos. CD relacionada negativamente con el uso de las estrategias directas en las mujeres.		SFCDS	77 mujeres y 45 hombres en relación comprometida (17 a 50 años)	Cowan, Bommersbach y Curtis (1995)

**ANEXO 7.: TABLA % DE LAS VARIABLES INVESTIGADAS ATRAVES DE SFCDS, CAI Y CAQ EN LOS DOCUMENTOS PSYCINFO**

Variable	Nº Estudios	% está relacionada	% no está relacionada	Relacionada con CD	No relacionada con CD	Instrumento	Populación	Autor/Año
Abuso Físico	04	75%	25%	El abuso físico y emocional estaba relacionado con una alta CD en los SS.		SFCDS	59 ss (30 miembros del CoDA) (18 y más viejos)	Charder (1996)
						CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1996, 1997)
					No se encontró mayor incidencia del abuso infantil físico y sexual en el grupo con alta CD.	SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Aculturación	01	---	100%		no era un predictor de CD	SFCDS	245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)
Alcoholismo parental	11	17%	73%		CD no era predecible por el trauma de infancia con padres alcohólicos.	SFCDS	100 mujeres y 90 hombres (minoría universitarios) (18-70 años)	Irwin (1995)
							29 pares de estudiantes hermanos(19 mujeres y 10 hombres, 13 hermanas y 16 hermanos)	Fischer, Pidcock, Munsch y Forthun (2005)
							243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología. (18 a 66 años)	Yearing (2003)
							245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)
						CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45. 18 a 35 años	Meyer (1996, 1997)
						SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)
SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81	Fuller y Warner (2000)						

				estresantes (padres alcohólicos, físicamente o mentalmente enfermos) muestran significativa relación con CD.		hombres) (18 a 35 años)	
				Relación significativa entre alta CD y alcoholismo paternal percibido.	SFCDS	59 ss (30 miembros del CoDA (18 y más viejos)	Charder (1996)
				CD correlacionó modestamente con antecedentes familiares alcohólicos	CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
				Los niveles de CD eran más altos en la muestra clínica, donde la familia de origen y las características de la relación actual se relacionaron consistentemente a CD.	CAI	120 (60 parejas casadas con un alcohólico en recuperación y con por lo menos 1 hijo). (30 a 50 años)	Prest, Benson y Protinsky (1998)
Agradabilidad	01	100%	---	CD y agradabilidad están asociadas	CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
Ansiedad	03	100%	---	Correlación positiva significativa entre CD y ansiedad.	SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
						Estudiantes, 212 mujeres y 72 hombres. 17-50 años	Cullen y Carr (1999)
				La actitud y el comportamiento codependiente pueden ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que elevan la ansiedad		10 hombres y mujeres adultos (esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales). (18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Apego parental	01	100%	---	Un apego superior estaba relacionado a una menor CD.	SFCDS	245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)

Auto-confianza	01	100%	---	Más altos niveles de auto confianza fueron asociados con más bajos niveles de CD.		SFCDS	95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
Autoestima	05	100%	---	una baja autoestima estaba relacionada con una alta CD		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
							72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
							245 mujeres (18 a 25 años)	Bagheri (2005)
						CAI	15 estudiantes de Terapia Ocupacional y 15 estudiantes de Documentos Sanitarios (19 a 51 años)	Clark y Stoffe (1992)
							165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Autonomía emocional	01	---	100%			SFCDS	95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
Centralización en la relación	01	100%	---	Las mujeres en relaciones con y sin problemas de consumo de alcohol no se diferencian significativamente entre ellas en la centralización en su pareja. Las mujeres sin hijos y las mujeres no trabajadoras resultaron centrarse con frecuencia en su pareja.		SFCDS	160 esposas de alcohólicos/no alcohólicos, trabajadoras/no trabajadoras, con/sin hijos.	Galliker, Grivel y Klein (2006)
Concienciación	01	100%	---	CD estaba asociada a concienciación tanto en hombres cuanto en mujeres.		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
CD de los padres	02	100%	---	Los chicos tenían puntuaciones de CD más altas que las de sus padres.		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)
				La CD era predictor de la			Universitarios (312 mujeres,	Crothers y Warren

				CD de los ss.			126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	(1996)
CD de la madre	02	50%	50%	CD del ss está asociada a tener un padre o una madre cdpd. La CD materna correlacionó con la dependencia química y con la CD del padre.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
					La CD de la madre no correlaciona significativamente con la CD del estudiante.	SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
CD profesionales sociales y otras profesiones	01	100%	---	La profesión tiene relación con ser cdpd.		SFCDS	Hombres y mujeres (médicos, enfermeras y personal administrativo). (18 años y más viejos)	Ridley (1995)
Compulsividad materna	01	100%	---	Los comportamientos compulsivos maternos correlacionan significativamente con la CD del ss		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Compulsividad paterna	01	---	100%		La CD del ss no correlaciona significativa con el comportamiento compulsivo del padre	SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Compulsividad de las parejas	01	100%	---	Los ss del grupo de alta CD informaron más altos niveles de compulsividad en sus compañeros		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Compulsividad en cdpd	01	100%	---	Una alta CD informó una mayor compulsividad.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Comunicación	01	100%	---	El grupo alta CD informó mayores dificultades particularmente en sus relaciones en las áreas de comunicación		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Dependencia Química	05	40%	60%		Las correlaciones entre CD y dependencia química de los padres no eran significativas.	SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
					El grupo de alta CD no reporto mayor incidencia de familiar		72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)

				dependiente químico y no difiere de los otros grupos en el nivel del uso indebido de drogas.				
				No había cambio importante en niveles de CD entre los grupos			18 mujeres víctimas del abuso doméstico con o sin abuso de drogas. (18 años y más viejos)	Holloway (1999)
				Los grupos puntuaron significativamente diferente en CD.		SFCDS	97 hombres y mujeres (dependientes químicos y alcohólicos en tratamiento, sus familiares, consejeros en prácticas) (18 años y más viejos)	Harrington (1995)
				CD fue identificado como un problema grave para solamente un número pequeño de estudiantes. El típico estudiante puntuó medio.		CAI	35 hombres y mujeres estudiantes de enfermería (18 años y más viejos)	Parker, Faulk y LoBello (2003)
Depresión	04	100%	---	La depresión era correlativo positivo significativo de CD		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
							72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
				El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente pueden ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que disminuyen la depresión.			10 hombres y mujeres adultos (esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)

				Las mujeres con hijos indicaron que cuanto mayor su CD, menos aceptación de sus hijos y más deprimidas estaban a cerca de sus capacidades de crianza.			13 mujeres sin hijos ( $\bar{x}$ 28,2 años), 21 mujeres con hijos ( $\bar{x}$ 35,8 años), y 35 hombres ( $\bar{x}$ 37,6 años) Un 90% fueron de la recuperación del abuso de alcohol o de alcohol y drogas. (18 a 39 años)	Ferrani, Jason, Nelson y Curtin-Davis (1999)
Desarrollo moral de Kohlberg	01	---	100%		Un alto grado de CD no está relacionado con el escenario de orientación de concordancias interpersonal del desarrollo moral de Kohlberg	SFCDS	60 cdpds en tratamiento clínico ambulatorio o residencial de dependencia química, siendo que 31 fueron tratados por Codependencia y 29 no. (18 años y más viejos)	Arkesteyn (1995)
Diferenciación Subsistema conyugal	01	100%	---	Cdpds provienen de familias menos diferenciadas en los subsistemas conyugales.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	Yearing (2003)
Diferenciación Subsistema madre/hijo	01	100%	---	Cdpds sería más propensos provenir de familias menos diferenciadas en el subsistema madre/hijo.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	Yearing (2003)
Diferenciación Subsistema padre/hijo	01	100%	---	Cdpds sería más propensos provenir de familias menos diferenciadas en el subsistema padre/hijo.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	Yearing (2003)
Diferenciación del <i>self-other</i>	01	100%	---	Cdpds calificaron significativamente mayor en diferenciación del <i>self-other</i> que no cdpds.		CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
Disfunción familiar	05	100%	---	Las chicas provenientes de familia desestructurada acusaron más alto niveles de CD		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)
				Cuanto mayor CD mayor es la disfunción familiar.		SFCDS	29 pares de estudiantes hermanos(19 mujeres y 10	Fischer, Pidcock, Munsch y Forthun

							hombres, 13 hermanas y 16 hermanos)	(2005)
				Dentro del grupo clínico, había una pequeña diferencia, entre los alcohólicos y sus esposos con respecto a trastorno en sus familias de origen, familias actuales, o sus niveles de CD		CAI	120 (60 parejas casadas con un alcohólico en recuperación y con por lo menos 1 hijo). (30 a 50 años)	Prest, Benson y Protinsky (1998)
				Se encontró relaciones entre patología de la familia y los rasgos de CD.			35 hombres y mujeres estudiantes de enfermería (18 años y más viejos)	Parker, Faulk y LoBello (2003)
				Mujeres con mayores características de CD (incluyendo los "distorted self-other boundaries", las altas necesidades de control, y reprensión de los sentimientos) eran más probables a informar experiencia con otro conflicto de la familia.		CAQ	95 mujeres universitarias (18 a 29 años)	Meyer (1996)
Disfunción social	01	100%	---	El grupo alta CD informó disfunción social.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Distorsión Cognitiva	01	100%	---	Los rasgos cdpd y de personalidad limite fueron correlacionados semejantemente en el esquema cognoscitivo específico determinado por el DAS.		CAQ	59 mujeres y 16 hombres estudiantes de psicología (18 años y más viejos)	Hoeningman-Lion y Whitehead (2007)
Distorted self-other boundaries:	01	100%	---	Mujeres con mayores características de CD (incluyendo "distorted self-other boundaries", las altas necesidades de control, y reprensión de los sentimientos) demuestran una falta > de "self-other boundaries"		CAQ	95 mujeres universitarias (18 a 29 años)	Meyer (1996)

Distrés psicológico	01	100%	---	El comportamiento codependiente consolidó la relación entre AODF y la severidad global de distrés psicológico del descendiente		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos (esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Divorcio y nuevo matrimonio de sus padres	01	100%	---	Cdpd tenían mayor probabilidad de haber vivido un evento estresante crónico que los no Cdpd.		CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
Edad	03	67%	23%	Correlación negativa significativa entre CD y edad con una superior CD asociada con a la edad más joven.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996).
				Niveles más altos de CD fueron asociados a los participantes más viejos.			95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
				La edad no guarda relación alguna con CD.			243 hombres y mujeres miembros del Al-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología.(18 a 66 años)	Yearing (2003)
Enfermedad y estrese familiar	05	100%	---	Los cdpds tenían mayor probabilidad de haber vivido un evento estresante crónico que los no Cdpds		CAQ	95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
				Chicas de familias estresadas o con padres alcohólicos tenían puntuaciones casi idénticas de CD.		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)

				El acumulo de estresantes resultó ser uno de los indicadores más fuertes que influyen en la asistencia al grupo CoDA		SFCDS	256 miembros de grupos de apoyo (18 años y más viejos)	Atkinson y Fischer (1996)
				Grupo Alta CD reporta una incidencia más alta de problemas de salud mental paternal			72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
				La puntuación media de CD para los participantes con estrese familiar (padres alcohólicos, físicamente o mentalmente enfermos) eran más alta que para los sin estrese familiar. Las tres variables del estresante familiar tenían una relación significativa con CD cuando combinadas.		SFCDS/ CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
Estilo apego narcisista	01	100%	---	Los estudiantes inclinados a CD pueden exhibir tendencias a patrones disimulados de relación narcisista.		CAI	Hombres y mujeres (13 a 64 años)	Wells, Hill y Brack (2006)
Estilos de apego ansioso	01	100%	---	CD fue correlacionada positivamente con el estilo de apego ansioso/ambivalente.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Estilos de apego evitante	01	100%	---	CD también fue correlacionado positivamente con el estilo de apego evitante.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Estilos de apego seguro	01	100%	---	Correlación significativa negativa entre CD y estilo de apego seguro		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Estilo parental (Apoyo)	01	100%	---	El apoyo entre padre-hijo fue relacionadas negativamente con la CD		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)

Estilo parental (Actividades de recreación)	01	100%	---	La influencia del pensamiento parental en las actividades de recreación de los hijos fue relacionado positivamente con la CD.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo parental (comunicación)	01	100%	---	La comunicación entre padres e hijos fue relacionada negativamente con la CD.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo parental (Control)	01	100%	---	El control parental fue relacionado positivamente con la CD.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo parental (Satisfacción)	01	100%	---	La satisfacción en la relación padre-hijo fue relacionada negativamente con la CD.		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
Estilo paterno (Coerción materna)	01	100%	---	La coerción materna es predictor significativo de CD.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Estilos paternos (coerción, control, crianza sin nurturing)	01	100%	---	Estilos paternos (coerción, control, crianza sin nurturing) correlacionaron significativamente con CD.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Evaluación ingreso tratamiento CD	01	100%	---	Evaluación de CD para ingreso en tratamiento de CD		CAQ	Mujeres y hombres (vivir o haber vivido con alcohólico/adicto o situaciones familiares altamente estresantes) (18 años y más viejos)	Potter-Efron y Potter-Efron (1989c)
Expresión afectiva	01	100%	---	El grupo alta CD informó mayores dificultades en el funcionamiento familiar, particularmente en sus relaciones en las áreas de expresión afectiva		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Envolvimiento emocional	01	100%	---	El grupo alta CD informó mayores dificultades particularmente en sus relaciones en las áreas de involucramiento emocional		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)

Extraversión	01	100%	---	CD fue asociada extraversión en hombres y mujeres.		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
Funcionamiento Familiar en el Logro de la tarea	01	100%	---	Grupo Alta CD muestra mayores dificultades en el funcionamiento familiar en el área de logro de la tarea		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Género	09	27%	73%	La masculinidad era correlativo negativo significativo de CD	Ninguna relación estadística entre la feminidad y la CD	SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
				Niveles más altos de CD fueron asociados a las mujeres			95 estudiantes de psicología (33 mujeres, 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
				Las puntuaciones medias de CD para las mujeres fueron significativamente más altas		SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
					El género no fue correlacionado con la CD	SFCDS	97 mujeres y hombres dependientes químicos/alcohólicos en tratamiento, sus familiares, consejeros en prácticas. (18 años y más viejos)	Harrington (1995)
					El grupo de alta CD no contenía más mujeres		72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
					No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el grado de CD		243 hombres y mujeres miembros del Al-lanon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología. (18 a 66 años)	Yearing (2003)
					Las puntuaciones CD (CAQ) demostraron una leve diferencia de género en la misma dirección, pero esta tendencia no era estadísticamente significativa.	SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
					CD coincide con los rasgos femeninos negativos	CAQ	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 No identificado)	Cowan y Warren (1994)

					devaluados tanto en mujeres cuanto hombres.		sexo) (17 a 56 años)	
					No había relación entre género y CD		238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
					No había diferencias significativas entre hombres y mujeres en CD.	CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Gerencia de la impresión	01	100%	---	Correlación negativa entre la CD y la gerencia de la impresión.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Hostilidad	01	100%	---	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que elevan la hostilidad del descendiente		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales). (18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Idealización-Paranoide	01	100%	---	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que elevan la idealización-paranoide del descendiente		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales). (18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)

Logro de identidad	01	---	100%		Ninguna correlación entre la CD y el logro de identidad. El desarrollo de la identidad solo no puede explicar la CD	SFCDS	97 mujeres y hombres dependientes químicos/alcohólicos en tratamiento, sus familiares, consejeros en prácticas. (18 años y más viejos)	Harrington (1995)
Locus de Control	02	100%	---	CD tenía una débil correlación positiva con el Locus de Control externo		SFCDS	400 mujeres y 238 hombres universitarios	Fischer, Spann y Crawford (1991)
				CD relacionada moderadamente con el Locus de Control externo.		CAI	15 estudiantes de Terapia Ocupacional y 15 estudiantes de Documentos Sanitarios (19 a 51 años)	Clark y Stoffel (1992)
Locus de Control interpersonal	02	100%	---	CD se asocia a la baja percepción de control interpersonal. CD fue perceptiblemente e correlacionada negativamente con el locus de control interpersonal.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
				CD podría estar estrechamente relacionada con el temor a la intimidad y a ser herido en la relación, ya que está relacionada con una preocupación por mantener o controlar una relación en seguridad.		CAI	Hombres y mujeres (13 a 64 años)	Wells, Hill y Brack (2006)
Narcisismo	01	100%	---	Existe una relación entre CD y el narcisismo, y es más complicada de lo previsto por la literatura		SFCDS	100 mujeres y 90 hombres (minoría universitarios) (18-70 años)	Irwin (1995)
Negación	01	100%	---	La negación de un problema resultó ser uno de los indicadores más fuertes de la asistencia de grupo CoDA.		SFCDS	256 miembros de grupos de apoyo (18 años y más viejos)	Atkinson y Fischer (1996)
Negligencia con sus propios problemas	01	100%	---	Más personas en el grupo de alto CD informaron de que no habían pedido ayuda para sus problemas.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)

Neuroticismo (psicopatología)	01	100%	---	CD asociada fuertemente a varios aspectos de la afectividad negativa (neuroticismo de NEO-FFI y la mayoría de las dimensiones BRIEF).		CAQ	238 hijos de alcohólico y 229 hijos de no alcohólico (246 mujeres y 221 hombres) ( $\bar{x}$ 23,5 años)	Gotham y Sher (1995)
Obsesivo-compulsivo	01	100%	---	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que debilitó el efecto de AODF sobre las dimensiones de Obsesivo-compulsivo del descendiente.		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Orden de nacimiento	01	---	100%		CD no relaciona perceptiblemente con orden de nacimiento.	SFCDS/CAQ	257 universitarios psicología y 100 madres (276 mujeres y 81 hombres) (18 a 35 años)	Fuller y Warner (2000)
Orientación elección profesión	01	---	100%		CD no está relacionada con la elección la profesión	CAI	15 estudiantes de Terapia Ocupacional y 15 estudiantes de Documentos Sanitarios (19 a 51 años)	Clark y Stoffel (1992)
Pérdida del <i>Self</i>	01	100%	---	Pérdida del <i>Self</i> (externar la auto-percepción, inhibición de la auto-expresión, y división del <i>Self</i> ) correlacionó altamente con CD.		SFCDS	Universitarios (312 mujeres, 126 hombres y 4 no identificaron sexo) (17 a 56 años)	Crothers y Warren (1996)
Percepción de la Relación Familiar	01	---	100%		Ninguna asociación significativa entre su nivel de CD y sus percepciones de sus relaciones familiar.	CAQ	Hombres dependientes químicos. (102 en tratamiento residencial y 35 ambulatorio)	Teichman y Basha (1996)
Percepciones de las relaciones – competitiva	01	100%	---	CD fue asociada perceptiblemente a auto-informes de la competitividad.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)

Percepciones de las relaciones – comprensiva	01	---	100%		CD no relaciona con medidas de apoyo, de conectividad privada y pública, o de tomar la perspectiva de la pareja	CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Percepciones de las relaciones - el cuidar	01	---	100%		CD no fue correlacionada con medidas de cuidar	CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Percepciones de las relaciones - relación empática	01	100%	---	La CD más alta fue relacionada con mayores reacciones empáticas a las emociones de la pareja.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Percepciones de las relaciones - interpersonal conectividad	01	---	100%		CD no fue correlacionada con conectividad interpersonal.	CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Poder Percibido	01	100%	---	CD y Pérdida del <i>Self</i> relacionado negativamente con Poder percibido en ambos géneros.			77 mujeres y 45 hombres en relación comprometida (17 a 50 años)	Cowan, Bommersbach y Curtis (1995)
Psicoticismo	01	100%	---	La actitud codependiente debilitó el efecto de AODF sobre las dimensiones Psicoticismo		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Quejas somáticas	01	100%	---	El grupo alta CD informó quejas somáticas.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Religión	01	100%	---	Chicas de familia religiosa anotaron más alto en CD		SFCDS	511 (estudiantes secundaria y sus familias, hombres y mujeres) (13 a 18 años y más viejos)	Emett (1995)

Resiliencia	01	100%	---	Las hijas de alcohólicos (COAs) <i>underclass</i> tenían significativamente niveles de conductas CD más bajos que las <i>underclass</i> de familias no alcohólico (no-COAs). COAs <i>upperclass</i> no eran diferentes en las conductas relacionadas con CD - con las <i>upperclass</i> no COA, pero tenía puntuación de CD significativamente más alta que las COAs <i>underclass</i> .		SFCDS	76 universitarias, hijas de alcohólico/no alcohólico. (cursos 1° o 2° años = <i>underclass</i> ; 3° y 4° año clases junior y senior o mayores = <i>upperclass</i> .(18 a 22 años)	Hewes, Janikowski (1998)
Rol conyugal	01	100%	---	El grupo alta CD informó mayores dificultades en sus relaciones en el área de roles.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Rol familiar	01	100%	---	Las diferencias en los roles del héroe y del niño perdido relacionaron perceptiblemente con el beber parental y la disfunción de la familia		SFCDS	29 pares de estudiantes hermanos(19 mujeres y 10 hombres, 13 hermanas y 16 hermanos)	Fischer, Pidcock, Munsch y Forthun (2005)
Salud de la Familia de Origen	01	100%	---	Los resultados sugieren que cdpds vienen de familias de origen menos saludable.		SFCDS	243 hombres y mujeres miembros del AI-Anon, empleados de un centro de salud mental, y estudiantes de psicología. (18 a 66 años)	Yearing (2003)
Sensibilidad interpersonal	01	100%	---	El estudio sugiere que la actitud y el comportamiento codependiente puedan ser adaptaciones a los problemas del AOD en la familia de origen que disminuyen la sensibilidad interpersonal.		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales).(18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
Separación de sus padres	02	100%	---	Mujeres con mayores		CAQ	95 mujeres universitarias	Meyer (1996)

				<p>características de CD (incluyendo "distorted self-other boundaries", altas necesidades de control, y reprensión de los sentimientos) experimentan más conflictiva separación paterna</p> <p>Cdps demuestran niveles más bajos de independencia conflictiva paterna y materna. Más características cdps relacionan con más alto niveles de comportamiento desordenado de comer y separación conflictiva de los padres.</p>			(18 a 29 años)	
							95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45 (18-35 años)	Meyer y Russell (1998)
Somatización	01	100%	---	La actitud y el comportamiento codependiente pueden proteger al hijo- adulto contra el distrés somático asociado a problemas de AOD en la familia de origen.		SFCDS	10 hombres y mujeres adultos: esposos de pacientes en tratamiento del abuso de sustancia y pacientes sin tratamiento del abuso de sustancia, (casos tradicionales); miembros del CoDA (casos de recuperación); bomberos paracaidistas y estudiantes de Empresariales (normales). (18 a 65 años)	Harkness, Manhire, Blanchard y Darling (2007)
<i>Succorance</i>	01	100%	---	La <i>succorance</i> ** correlacionada positivamente CD.		SFCDS	95 estudiantes de psicología (33 mujeres y 62 hombres) (18 a 29 años)	Lindley, Giordano y Hammer (1999)
Tendencia contraproducente	01	100%	---	Los estudiantes inclinados a CD pueden exhibir tendencias contraproducentes.		CAI	Hombres y mujeres (13 a 64 años)	Wells, Hill y Brack (2006)

Tener hijos	01	---	100%		No encontraron diferencias significativas en la CD de los grupos	SFCDS	13 mujeres sin hijos ( $\bar{x}$ 28,2 años), 21 mujeres con hijos ( $\bar{x}$ 35,8 años), y 35 hombres ( $\bar{x}$ 37,6 años) Un 90% fueron de la recuperación del abuso de alcohol o de alcohol y drogas. (18 a 39 años)	Ferrari, Jason, Nelson y Curtin-Davis (1999)
Timidez	01	100%	---	CD correlaciona positivamente con timidez pública, y perceptiblemente con timidez privada y ansiedad social.		CAI	165 mujeres y 52 hombres estudiantes de psicología (pareja de alguien en particular) (18 a 29 años)	Springer, Britt y Schlenker (1998)
Tratamiento asesoramiento o Grupo (Eficacia)	01	100%	---	El tratamiento de asesoramiento en grupo para reducir la CD fue eficaz.		SFCDS	19 cdpds (18 a 68 años)	Loughead, Kelly, Bartlett-Voigt (1995)
Trastorno Alimentario	03	100%	---	Mujeres con mayores características cdpds presentan una Conducta Desordenada de Comer más alta.		CAQ	95 mujeres universitarias (18 a 29 años)	Meyer (1996)
				Cdpds difirieron significativamente de no cdpds en 10 de las 11 variables en trastornos de la alimentación.			95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer (1997)
				Mujeres cdpds difieren significativamente de mujeres no cdpds en los síntomas de Trastornos Alimentarios.			95 mujeres universitarias. CD = 50 y no CD = 45(18-35 años)	Meyer y Russell (1998)
Trastorno de la Personalidad	01	100%	---	Alta CD fue relacionada significativamente con Trastorno de la Personalidad		SFCDS	59 ss (30 miembros del CoDA) (18 y más viejos)	Charder (1996)
Trastorno de la Personalidad Evitativa	01	100%	---	Alta CD fue mejor predicha por Trastorno de la Personalidad Evitativa				
Trastorno de la Personalidad Pasivo-Agresiva	01	100%	---	Los miembros del CoDA relacionaron con Trastorno de la Personalidad Pasivo-Agresiva.				

Trastorno de la Personalidad Histriónica	01	---	100%		No fue apoyado el pronóstico de los miembros CoDA por Trastorno de la Personalidad Histriónica			
Trastorno de la Personalidad Dependiente	02	50%	50%		Los miembros del CoDA no fueron relacionados con el Trastorno de la Personalidad Dependiente			
				Una correlación positiva significativa fue encontrada entre CD y personalidad Dependiente		CAQ	59 mujeres y 16 hombres estudiantes de psicología (18 años y más viejos)	Hoenigman-Lion y Whitehead (2007)
Trastorno de la Personalidad Limite	01	100%	---	La escala limite fue más altamente correlacionada con las escalas de CD que la escala Dependiente				
Traumas infantiles	01	---	100%		CD no era predecible por trauma de infancia	SFCDS	100 mujeres y 90 hombres (minoría universitarios) (18-70 años)	Irwin (1995)
Valores y normas	01	100%	---	El grupo alta CD informó mayores dificultades en sus relaciones en las áreas de valores y normas.		SFCDS	72 hombres y 212 mujeres estudiantes (17 a 50 años)	Cullen y Carr (1999)
Uso de estrategias	01	100%	---	CD relacionada positivamente con uso de estrategias indirectas en ambos sexos. CD relacionada negativamente con el uso de las estrategias directas en las mujeres.		SFCDS	77 mujeres y 45 hombres en relación comprometida (17 a 50 años)	Cowan, Bommersbach y Curtis (1995)

## **ANEXO 7**

### **PESQUISA PARA COLETA DE DADOS DO PROJETO: “ANALISE DA CODEPENDENCIA EM MENORES E JOVENS INFRATORES.”**

Nº de Identificação:

INICIAIS:

SEXO:

DATA:

ASSOCIAÇÃO:

Pesquisador coordenador: Rosanna Mazzarello Martins de Moura (Universidad de Barcelona)

Pesquisador responsável: Geraldo Luiz de Oliveira Resende (Universidade Federal de São João Del Rei)

**INDICE:**

Este caderno contém:

01 Folha de rosto

01 Índice

01 Termo de Esclarecimento e Termo de Consentimento

01 Questionário demográfico

01 Questionário Potter-Efron de Codependência.

01 Escala Spann-Fischer de Codependência

01 Questionário de Critério Diagnóstico para Transtorno da Conduta

01 Questionário de Critério para Abuso de Substância

01 Questionário de Critério para Dependência de Substância

## TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Análise da Codependência em Menores Infratores.”. O objetivo deste estudo é verificar a relação entre Codependência, Atividades esportivas e Atos infratores e analisar se a Codependência pode favorecer ou não o desenvolvimento dos atos infratores. Com esta pesquisa teremos os dados que necessitamos para verificar como poderemos ajudar aos adolescentes com problemas e seus familiares. Caso você participe, será necessário de uma a três horas do seu tempo para responder a questionários por escrito e entrevistas orais.

- Não há riscos ou desconfortos no estudo: está sendo informado de que não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar apresentar justificativa para isso. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Você não terá nenhum benefício ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrente da pesquisa. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

São João del-Rei...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Rosanna Mazzarello Martins de Moura  
Resende

Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Geraldo Luiz de Oliveira

Pesquisador orientador

Telefone de contato do pesquisador: (032) 3371-1260

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – [cepes@ufsj.edu.br](mailto:cepes@ufsj.edu.br) / (32) 3379-2413.

OBS: Este termo apresenta duas vias, uma destinada ao voluntário e outra a pesquisadora.

### Questionário Demográfico

- 1) Nome (Iniciais): \_\_\_\_\_ 2) Sexo: ( ) feminino ( ) masculino 3) Raça:  
\_\_\_\_\_
- 4) Idade: \_\_\_\_ 5) Religião: \_\_\_\_\_ 6) Profissão:  
\_\_\_\_\_.
- 7) Estado civil: ( ) solteiro ( ) namorando ( ) amasiado ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado
- 8) Escolaridade: ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau completo ( ) 2º grau completo ( ) 2º grau incompleto ( ) superior completo ( ) superior incompleto
- 9) Atividade: ( ) Só trabalha. ( ) Só estuda ( ) Trabalha e estuda. ( ) Não estuda ( ) Desempregado.
- 10) Composição da família: \_\_\_\_\_.
- 11) Chefe da família: \_\_\_\_\_ 12) Com quem vive:  
\_\_\_\_\_
- 13) Renda Familiar: \_\_\_\_\_
- 14) Você já cometeu algum ato infrator, delito ou ato anti-social?  
( ) Briga ( ) agressão a alguém ( ) furto ( ) roubo ( ) conduzir sem habilitação ( ) homicídio  
( ) Desacato a autoridade ( ) Outros Qual? \_\_\_\_\_
- 15) Você já teve algum problema com as autoridades (polícia professores, etc)?  
( ) Não ( ) Sim. Com quem? \_\_\_\_\_
- 16) Convive com alguma pessoa com algum problema de comportamento (pessoa muito nervosa, muito brava, muito autoritária)? ( ) Não ( ) Sim. Quem? \_\_\_\_\_  
Com que frequência? ( ) nunca ( ) uma vez por ano ( ) duas a quatro vezes por ano ( ) todo mês ( ) toda semana ( ) fim de semana ( ) alguns dias na semana ( ) todo dia ( ) Outro \_\_\_\_\_ (especifique)
- 17) Convive com alguma pessoa com alguma doença crônica mental ou física? ( ) Não ( ) Sim  
Quem? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo essa pessoa está ou esteve doente? \_\_\_\_\_  
Você convive ou se relaciona com frequência com está pessoa? ( ) Não ( ) Sim  
Com que frequência? ( ) nunca ( ) uma vez por ano ( ) duas a quatro vezes por ano ( ) todo mês ( ) toda semana ( ) fim de semana ( ) alguns dias na semana ( ) todo dia ( ) Outro \_\_\_\_\_ (especifique)
- 18) Já sofreu algum tipo de abuso físico ( ), psicológico ( ), sexual ( ), emocional ( ) Não ( )  
Por quem? \_\_\_\_\_ Com que frequência?  
\_\_\_\_\_
- 19) Já sofreu algum tipo de maltrato físico ( ), psicológico ( ), sexual ( ), emocional ( )? ( ) não.

Por quem? \_\_\_\_\_ Com que frequência?  
\_\_\_\_\_

- 20) Como você definiria sua relação com seus pais? ( ) Excelente ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Mais ou Menos ( ) Indiferente
- 21) Seus pais são: Pai: ( ) Mãe: ( ) Participativo: Apresentam muitas regras e limites e também muito afeto e envolvimento, “dão bastante, mas também pedem muito”: são aqueles que educam dando muito apoio, atenção emocional, estrutura positiva e direção para os filhos. Pai: ( ) Mãe: ( ) Negligente: Às vezes esperam que você responda a suas necessidades, são pouco presentes na vida dos filhos, sem tolerâncias e aborrecem-se facilmente, seja com o choro natural de um bebê, seja com os pedidos de uma criança ou adolescentes, então deixam a criança fazer o que bem quiser; quando os filhos chegam ao limite ou quando sentem culpa de sua ausência podem controlar exageradamente ou punir. Pai: ( ) Mãe: ( ) Autoritário: (muito mais exigentes, apresentam muitas regras e limites, mas são pouco afetivos e envolvem-se pouco). Normalmente falam assim: “Porque eu disse assim”, “Porque eu quero assim”, querem que o filho faça o que eles desejam, comandam a vida dos filhos e não deixam que ele próprio se expresse. Pai: ( ) Mãe: ( ) Permissivo: apresentam muito afeto e envolvimento e poucas regras e limite. Dão muito apoio e atenção emocional, mas pouca estrutura positiva e direção aos filhos; permitem em demasia ou são inconsistentes.
- 22) Alguém usa droga/álcool na família? Por favor, escreva ao lado a idade da pessoa. ( ) pai ( ) mãe ( ) irmão(ã) ( ) companheiro(a) ( ) sobrinho (a) ( ) filho(a) ( ) outros \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_
- 23) Está pessoa esteve em tratamento para este problema?  
( ) Não ( ) Sim; Por quanto tempo: \_\_\_\_\_ Se recuperou: ( ) Não ( ) Sim
- 24) Por favor, marque na tabela a seguir. Qual (is) droga(s) esta pessoa usou/usa e com que frequência? (Verificar a tabela abaixo e indicar o número que corresponda a frequência de uso.) Em caso de mais de uma pessoa na sua família ser usuário de droga, anote no espaço correspondente.
- ( ) álcool ( ) usou ( ) usa. Com que frequência? \_\_\_\_\_ Outro usuário \_\_\_\_\_. Frequência \_\_\_\_\_
- ( ) maconha ( ) usou ( ) usa. Com que frequência? \_\_\_\_\_ Outro usuário \_\_\_\_\_. Frequência \_\_\_\_\_
- ( ) inalantes (cola de sapateiro, benzina, lança-perfume, etc.) ( ) usou ( ) usa. Com que frequência? \_\_\_\_\_ Outro usuário \_\_\_\_\_. Frequência \_\_\_\_\_
- ( ) cocaína ( ) usou ( ) usa. Com que frequência? \_\_\_\_\_ Outro usuário \_\_\_\_\_. Frequência \_\_\_\_\_
- ( ) crack ( ) usou ( ) usa. Com que frequência? \_\_\_\_\_ Outro usuário \_\_\_\_\_. Frequência \_\_\_\_\_

( )outros \_\_\_\_\_ ( )usou ( ) usa. Com que freqüência? \_\_\_\_\_  
Outro usuário \_\_\_\_\_. Freqüência \_\_\_\_\_

(1) Mais de uma vez por dia. ( 2) Todos os dias ( 3) Mais de 2 vezes na semana (4 ) Só nos fins de semana. (5) Uma vez na semana. (6) 3 vezes no mês. (7) De 6 em 6 meses. (8) 3 vezes no ano ( 9) Há 6 meses ( 10) Há um ano (11 ) Por mais de 3 anos

Caso queira, utilize o espaço abaixo para algum comentário.

---

---

---

---

---

---

Muito obrigada por sua colaboração.

## QUESTIONÁRIO POTTER-EFRON DE CO-DEPENDÊNCIA

Iniciais: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Por favor, responda as questões abaixo de acordo com sua maneira habitual de pensar e sentir. Não há respostas certas ou erradas, apenas seja o (a) mais franco (a) possível e responda todas as questões.

### 1. Medo:

- a) Você fica preocupado (a) com os problemas dos outros, especialmente aqueles do (a) usuário (a) de drogas?  Sim  Não
- b) Você tenta manter as coisas sob controle ou manipular situações de sua vida?  
 Sim  Não
- c) Você faz mais do que seria sua parte ao realizar tarefas?  Sim  Não
- d) Você teme abordar os outros diretamente, especialmente o (a) usuário (a)?  
 Sim  Não
- e) Você freqüentemente se sente ansioso (a) ou teme o que vai acontecer depois?  
 Sim  Não
- f) Você evita arriscar-se com as pessoas por achar difícil confiar nos outros?  
 Sim  Não

### 2. Vergonha/Culpa:

- a) Você freqüentemente se envergonha não somente pelo seu próprio comportamento, mas também pelo comportamento dos outros, especialmente do (a) usuário (a)?  Sim  Não
- b) Você se sente do culpado (a) pelos problemas das outras pessoas da família?  
 Sim  Não
- c) Você se esquivava do contato social quando está chateado (a)?  Sim  Não
- d) Você às vezes se odeia?  Sim  Não
- e) Em alguns momentos você esconde seus sentimentos negativos, agindo com demasiada confiança?  Sim  Não

### 3. Desespero Prolongado:

- a) Você freqüentemente perde a esperança em mudar a situação corrente?  
 Sim  Não
- b) Você tende a ser pessimista sobre o mundo em geral?  Sim  Não
- c) Você tem sensações de baixa auto-estima que não refletem suas habilidades e conquistas?  Sim  Não

### 4. Raiva:

- a) Você se sente persistentemente bravo com o usuário, com a família ou com você mesmo?  Sim  Não
- b) Você tem medo de perder o controle se ficar realmente irado (a)?  
 Sim  Não
- c) Você tem raiva de Deus?  Sim  Não
- d) Você já tentou se vingar dos outros de forma disfarçada, talvez mesmo sem se dar conta de estar fazendo isso no momento?  Sim  Não

5. Negação:

- a) Você sente que está negando os problemas básicos da sua família?  
( ) Sim ( ) Não
- b) Você fala para você mesmo que estes problemas não são tão graves?  
( ) Sim ( ) Não
- c) Você fica procurando justificativas para o comportamento irresponsável das outras pessoas da família? ( ) Sim ( ) Não

6. Rigidez:

- a) Você tende a pensar em termos de só pode ser “isto ou aquilo” quando existem problemas ao invés de olhar várias alternativas? ( ) Sim ( ) Não
- b) Você fica perturbado (a) se alguém interfere na sua rotina? ( ) Sim ( ) Não
- c) Você é radical nas suas crenças morais? ( ) Sim ( ) Não
- d) Você é travado com relação a certos sentimentos como culpa, amor ou ódio?  
( ) Sim ( ) Não

7. Desenvolvimento:

- a) Você tem dificuldades para dizer o que quer e precisa? ( ) Sim ( ) Não
- b) Você tende a sofrer junto com outra pessoa que esteja sofrendo?  
( ) Sim ( ) Não
- c) Você precisa ter outra pessoa por perto para se sentir valorizado?  
( ) Sim ( ) Não
- d) Você se preocupa em excesso com o que os outros acham de você?  
( ) Sim ( ) Não

8. Confusão:

- a) Você se pergunta o que significa ser “normal”? ( ) Sim ( ) Não
- b) Você às vezes acha que deve estar ficando “louco”? ( ) Sim ( ) Não
- c) Você às vezes acha difícil identificar seus sentimentos? ( ) Sim ( ) Não
- d) Você tem uma tendência a ser enganado (a) pelos outros – a ser ingênuo (a), crédulo (a)? ( ) Sim ( ) Não
- e) Você tem dificuldade em tomar decisões – é indeciso (a)?  
( ) Sim ( ) Não

Traducido Del *Codependency Assessment Questionnaire (CAQ)* Potter-Efron and Potter-Efron, 1989

## ESCALA SPANN-FISCHER DE CODEPENDÊNCIA

Iniciais: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Leia as questões abaixo e responda de acordo com os números propostos pela lista abaixo a situação que melhor descreve você:**

1. Discordo fortemente.
  2. Discordo moderadamente.
  3. Discordo levemente.
  4. Concordo levemente.
  5. Concordo moderadamente.
  6. Concordo fortemente.
- 
1. Tenho dificuldade em tomar decisões. ( )
  2. É difícil para eu dizer não. ( )
  3. Tenho dificuldade em aceitar elogios espontâneos. ( )
  4. Chego a me sentir aborrecido (a) ou vazio (a) quando não tenho problemas para encarar. ( )
  5. Geralmente não faço pelas pessoas coisas que elas possam realizar sozinhas. ( )
  6. Quando faço algo bom para mim, em geral me sinto culpado (a). ( )
  7. Eu não me preocupo em excesso. ( )
  8. Eu digo para mim mesmo que as coisas vão melhorar quando as pessoas ao meu redor mudarem o que estão fazendo. ( )
  9. Eu pareço ter relacionamentos em que estou sempre disponível para os outros e os outros quase nunca para mim. ( )
  10. Muitas vezes eu me concentro tanto numa mesma pessoa que negligencio outros relacionamentos e responsabilidades. ( )
  11. Eu tendo a ter relacionamentos que me magoam. ( )
  12. Em geral eu não deixo os outros me verem como realmente sou. ( )
  13. Quando alguém me magoa, eu costumo guardar por um longo tempo, mas de vez em quando acabo explodindo. ( )
  14. Em geral tento a qualquer custo evitar o conflito aberto. ( )
  15. Frequentemente tenho uma sensação de que algo ruim está para acontecer. ( )
  16. Frequentemente coloco as necessidades dos outros na frente das minhas. ( )

Escala Spann-Fischer de Codependência. (Spann-Fischer Co-dependency Scale, Fischer, J. L., Spann L., & Crawford, D. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, p.100)

## **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DA CONDUTA**

Por favor, marque com o “X” a opção que você se encaixa melhor.

- A. Um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos individuais dos outros ou normas ou regras sociais importantes próprias da idade, manifestado pela presença de três (ou mais) dos seguintes critérios nos últimos 12 meses, com presença de pelo menos um deles nos últimos 6 meses.

### **Agressão a pessoas e animais**

- (1) Provocações, ameaças e intimidações freqüentes ( ) sim ( ) não  
(2) Lutas corporais freqüentes ( ) sim ( ) não  
(3) Utilização de arma capaz de infligir graves lesões corporais (p.ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, revólver) ( ) sim ( ) não  
(4) Crueldade física para com pessoas ( ) sim ( ) não  
(5) Crueldade física para animais ( ) sim ( ) não  
(6) Roubo em confronto com a vítima (p.ex., bater carteira, arrancar bolsa, extorsão, assalto à mão armada) ( ) sim ( ) não  
(7) Coação para que alguém tivesse atividade sexual consigo. ( ) sim ( ) não

### **Destruição de patrimônio**

- (8) Envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndio com a intenção de causar sérios danos ( ) sim ( ) não  
(9) Destruiu deliberadamente o patrimônio alheio (diferente de provocação de incêndio) ( ) sim ( ) não

### **Defraudação ou furto**

- (10) Arrombou residência, prédio ou automóvel alheios ( ) sim ( ) não  
(11) Mentiras freqüentes para obter ou favores ou para esquivar-se de obrigações legais (i. é, ludibria pessoas) ( ) sim ( ) não  
(12) Roubo de objetos de valor sem confronto com a vítima (p. ex. furto em lojas, mas sem arrombar e invadir, falsificação) ( ) sim ( ) não

### **Sérias violações de regras**

- (13) Freqüente permanência na rua á noite, contrariando proibições por parte dos pais, iniciando antes dos 13 anos de idade. ( ) sim ( ) não  
(14) Fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou lar adotivo (ou uma vez, sem retornar por um extenso período) ( ) sim ( ) não  
(15) Gazetas freqüentes, iniciando antes dos 13 anos de idade ( ) sim ( ) não

- B. A perturbação do comportamento causa comprometimento clinicamente significativo do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

- C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social.

Muito Obrigada por sua colaboração.

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ABUSO DE SUBSTÂNCIA

Por favor, marque um “X” a opção que você se encaixa melhor.

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- (1) Uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola, ou em casa. (por ex. repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionado ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos). ( ) Sim ( ) Não
- (2) Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex. dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância). ( ) Sim ( ) Não
- (3) Problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex. detenções por conduta desordeira relacionada a substância). ( ) Sim ( ) Não
- (4) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex. discussões com cônjuge, acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais). ( ) Sim ( ) Não

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

## CRITÉRIO PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA

Por favor, marque com o “X” a opção que você se encaixa melhor.

Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- (1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - (a) Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para obter a intoxicação ou o efeito desejado ( ) sim ( ) não
  - (b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância, ( ) sim ( ) não
  
- (2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
  - (a) Síndrome de abstinência característica da substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específica)  
( ) sim ( ) não
  - (b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência ( ) sim ( ) não
  
- (3) A Substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido ( ) sim ( ) não
  
- (4) Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância ( ) sim ( ) não
  
- (5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (p. e., consultas a vários médicos ou longas viagens de automóvel), na utilização da substância (p. ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos ( ) sim ( ) não
  
- (6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância ( ) sim ( ) não
  
- (7) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p. ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça como indutora da sua depressão, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou devido ao consumo do álcool) ( ) sim ( ) não

Muito Obrigada por sua colaboração.

## **ANEXO 8**

### **Projeto de Pesquisa com Adolescentes**

#### **ANÁLISE DA CODEPENDÊNCIA EM JOVENS INFRATORES.**

Período: Maio/2008

Coordenação: Rosanna Mazzarello Martins de Moura

Co-Orientador: Prof. Geraldo Luiz Oliveira de Resende

São João del Rei – Minas Gerais  
Abril/2008

## PROJETO DE PESQUISA

CURSO: Psicologia

ÁREA: Clínica

PROFESSOR RESPONSÁVEL: Geraldo Luis Oliveira de Resende

NUMERO DE VAGAS: 12

Este projeto, cujo objetivo é coletar dados para minha investigação, é um adendo do meu Projeto de tese de doutorado em Psicologia Social na Faculdade de Psicologia da UB - Universidad de Barcelona, Espanha.

Doutoranda: Rosanna Mazzarello Martins de Moura

Tutor: Dr. Francisco Javier Serrano (departamento de Psicologia Social),

Co-Diretora: Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menéndez Montañés (departamento de Psicologia Evolutiva e Educação)

Co-Diretora: Dra. Juana Gomez Benito (departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento)

### **Tema:**

**Análise da Codependência em jovens infratores.**

### **1. JUSTIFICATIVA/INTRODUÇÃO**

A violência é um tema inescapável na vida dos brasileiros, pois já ocupa a primeira posição dentre as preocupações da população segundo os principais meios de comunicação e pesquisas de opinião pública. No Brasil é possível acompanhar pela mídia ao fenômeno da delinqüência, principalmente, porque nos últimos anos houve uma intensidade de atos anti-sociais ou delitivos apresentado pelos jovens: desde assassinato dos pais, agressão de mendigos e infração de trânsito apenas por diversão, porte indevido e manuseio de armas de fogo ao uso e tráfico de drogas, entre outros. Apesar disto, poucos estudos são encontrados no país que focalize uma perspectiva de saúde mental capaz de avaliar os antecedentes desse fenômeno.

De acordo com uma pesquisa realizada pela UNESCO, a violência atinge muito mais os jovens de 15 a 24 anos do que pessoas das outras faixas etárias. A pesquisa mostra que, entre os jovens de 15 anos, 23% morrem de homicídios. Aos 17 anos, os jovens assassinados já são 35,3%. A violência atinge seu máximo com os jovens de 20 anos: 37,1% deles morrem vítimas de homicídios (Waiselfisz (2005, 1998), Almendra e Baierl (2007). Existem também outros atos infratores cometidos pelos adolescentes que vem preocupando a população, pais, professores, a sociedade em geral como as brigas entre eles, furtos, roubos, abuso de drogas e de álcool. A violência que atinge o Brasil, especificamente a que se concentra sobre os jovens, sejam como vítimas ou como atores, deve ser considerada um fenômeno multidisciplinar e não como resultante da ação de um indivíduo que isoladamente se expõe ao risco ou que vive em situação de risco.

Segundo dados da ABEAD (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas), o alcoolismo atinge 10% da população brasileira, gerando sérios problemas físicos, psicológicos e sociais. Traz seqüelas físicas, tais como, pressão, alta, pancreatite, úlcera, cardiopatia, cirrose; psicológicas, como problemas de memória, irritabilidade, nervosismos, insônia, depressão, ansiedade e sociais, como o desemprego, problemas conjugais e familiares, acidentes de trabalho e automobilístico e prisões. O problema é de âmbito mundial.

O constructo *Codependencia* expandiu sua área de aplicação desde sua aparição no campo da dependência química no fim dos anos 70, provavelmente em Minnesota. Os profissionais dessa área forneceram a literatura muita informação, entretanto estas não foram obtidas empiricamente ou com pouco ou nenhum rigor científico. As muitas definições dificultam a utilização do constructo e nas últimas duas décadas os investigadores trabalham para esclarecê-lo e desenvolver os instrumentos de avaliação necessários para se chegar a uma definição consistente, sua gênese, sua etiologia e sua nosologia. (Cermak, 1986; Beattie, 1987; Morgan, 1991; Hugher-Hammer, Martsolf e Zeller, 1998; Loughhead, Spurlock y Yuan-ting, 1998)

*Codependência* se relaciona com um aprendido padrão disfuncional de relacionar com o outro e com a vida, com estratégias de enfrentamento inadequadas e autodestrutiva e que passa de geração a geração (Beattie, 1987; Irwin, 1995; Hugher-Hammer et al., 1998; Loughhead et al., 1998). Como se manifesta no âmbito das relações compromete a todo o funcionamento do indivíduo (familiar, afetivo, profissional, escolar e social). Por sua vez este fenômeno implica a família e a sociedade em geral, sem discriminação de idade, gênero ou etnia, pelos danos que suas conseqüências causam ao sistema social e da saúde mental (morte acidental e atos infratores por abuso de substâncias, violência doméstica e maus tratos, acoso (infantil, laboral e escolar), enfermidades infecciosas, prisão, etc.) (Zampiere, 2004).

O termo define as pessoas que se relacionam ou se relacionaram com alguém que sofre de um transtorno maior de comportamento. Um denominador comum é ter um relacionamento – pessoal ou profissional – com pessoas perturbadas, carentes ou dependentes. Outro denominador e mais freqüente são as regras silenciosas e não escritas que geralmente se desenvolvem na família próxima e estabelecem o ritmo de problemas. Essas regras proíbem: a discussão de problemas; expressões abertas de sentimentos; comunicação honesta e direta; expectativas realistas, como os de se ser humano, vulnerável ou imperfeito; egoísmo, confiança em outras pessoas e em si mesmo; brincar e divertir-se; e balançar o barco familiar, tão fragilmente equilibrado, através de crescimento ou mudança – por mais saudável e benéfico que esse movimento possa ser. Essas regras são comuns aos sistemas de famílias alcoólicas, mas podem emergir também em outras famílias. (Subby, 1984; Beattie, 1987; Potter-Efron e Potter-Efron, 1989; Withfield, 1999). É importante frisar que apesar do construto *Codependência* ter surgido no âmbito da dependência química, com o desenvolvimento das pesquisas e da tentativa do próprio entendimento deste, verificou-se que ele ultrapassava este campo. Situações outras envolvendo pessoas enfermas cronicamente, família disfuncional seja por problemas de caráter, perdas de algum membro importante, perdas financeiras, abandonos na infância, ou seja, situações em que o sujeito não tenha recebido “nutrientes” necessários para se tornar “fortes” no enfrentamento do mundo, podem também levar a desenvolver comportamentos codependentes.

*Codependência* é caracterizada por uma grande necessidade de ajudar o outro, de resgatá-lo, se obcecando em controlá-lo, curá-lo e salvá-lo, assumindo suas responsabilidades (Cermak, 1986; Beattie, 1987, Dear, 2002). Tudo isto porque o conceito que o codependente tem de si mesmo depende do “sucesso” e da “felicidade” do outro. O outro é seu espelho, o codependente é o reflexo do outro. Este comportamento leva a uma completa negligência de suas próprias necessidades chegando a esquecer de quem ele é, inclusive de se querer, o indivíduo codependente se perde a si mesmo. Para tal, desenvolve uma hiper tolerância ao sofrimento emocional que o faz capaz de suportar situações por períodos que para outras pessoas seria insuportável. Neste processo ele nega a realidade da situação e se super adapta à realidade externa em detrimento de sua própria realidade psíquica, não sendo capaz de ver e/ou admitir que esteja ultrapassando sua própria capacidade de resistência, tornando-se extremamente vulnerável uma vez que lhe falha seus mecanismos de auto-proteção (Beattie, 1987; Whitfield, 1991). As tentativas, sem sucesso, de controlar a vida e o comportamento do

outro lhe provoca crescente mal-estar e uma sensação de derrota, de impotência e de descontrole (Beattie, 1987). Isso é uma fonte de patologia somática e depressão, pois se sabe que esses padrões de relação vincular, como a *Codependência*, alteram os parâmetros endócrinos e imunológicos (Faur, 2003). Segundo os defensores da teoria da Codependência, estes comportamentos fazem o indivíduo vulnerável desenvolver inúmeros problemas como abuso de substância, depressão, desordens alimentares, e outras enfermidades causadas pelo estresse (Beattie, 1987; Whitfield, 1991; Fischer, Spann, y Crawford, 1991).

Além disso, o codependente tem uma baixa auto-estima e um extremo “lôcus de controle” externo, necessitando da aprovação dos outros para existir para si mesmo (Beattie, 1987; Hughes-Hammer, 1998; Whitfield, 1991; Fischer, Spann, y Crawford, 1991). O que os deixa vulneráveis aos comportamentos de imitação, principalmente na população adolescente que ainda não tem claro sua identidade e que possui as características debilitantes próprias dessa etapa da vida dele. Conseqüentemente, o adolescente codependente pode ser uma população com uma maior predisposição a adquirir condutas de risco como as diversas dependências, delinqüência, comportamento agressivo, transtornos alimentares, fracasso escolar, etc. (Cermak, 1986).

Essas informações e considerações me levam a acreditar na importância da investigação sobre o constructo *Codependência*. Somando-se ao crescente aumento de atos infratores realizados atualmente por jovens acredito ser de grande relevância realizar-la em uma população adolescente pensando principalmente em chegar a um programa de prevenção.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo Geral:**

Investigar a existência da *Codependência* e das condutas de risco (atos infratores, dependência e abuso de substâncias) nos adolescentes de uma cidade do interior de Minas Gerais, buscando analisar se a *Codependência* pode favorecer ou não o desenvolvimento de tais condutas

### **Objetivos Específicos:**

- Avaliar a presença da *Codependência* nos adolescentes através dos instrumentos: “Spann-Fischer Codependency Scale (SFCDS), 1991” e Codependency Assessment Questionnaire (CAQ), 1989.
- Avaliar a presença do Transtorno Relacionado à Substância nos adolescentes através do Critério de Diagnóstico- DSM- IV TR para Abuso e Dependência de Substância.
- Avaliar a presença do Transtorno de Conduta nos adolescentes através do Critério de Diagnóstico- DSM- IV TR para Transtorno de Conduta.
- Aplicar questionário de identificação demográfico nos adolescentes.

## **3. Método**

### **Sujeitos:**

Participarão dessa pesquisa, 200 adolescentes em situação de risco (em situação de vulnerabilidade social, financeira e familiar, para adquirir comportamentos delinqüentes, abuso e dependência de substâncias), que pertençam ao nível socioeconômico menos favorecido, que tenham entre 14 a 21 anos, de ambos os sexos, sendo 100 que cometeram ato infrator e 100 que estejam inscritos em programas de assistência, associações e grupos de

atividades esportivas dirigidas aos adolescentes em situação de risco, que tenham até 2º grau incompleto.

Os sujeitos não deverão portar problemas físicos ou psíquicos graves, não ter história de problemas psiquiátricos, não ter deficiência cognitiva relevante, não haver passado por tratamento Codependência, não ter escolaridade de nível superior.

#### **Instrumentos:**

- Questionário demográfico elaborado pela coordenadora;
- Escala SFCDS (Spann-Fischer Codependency Scale – Fischer, Spann e Crawford, 1991);
- Questionário CAQ (Codependency Assessment Questionnaire – Potter-Efron e Potter-Efron, 1989);
- Critérios Diagnósticos para Transtorno da Conduta (DSM-IV-TR, 2002);
- Critérios Diagnósticos para Abuso de Substância (DSM-IV-TR, 2002);
- Critérios para Dependência de Substância (DSM-IV-TR, 2002).

#### **Equipe:**

Coordenação: Rosanna Mazzarello Martins de Moura

Co-Orientador: Prof. Geraldo Luiz Oliveira de Resende

12 Estagiários do curso de Psicologia.

#### **Procedimento:**

O projeto prevê a aplicação de instrumentos de avaliação de Codependência, de Condutas de Risco e questionário demográfico em dois grupos de adolescentes pertencentes ao mesmo nível social (um grupo de adolescentes infratores e um grupo de adolescentes que pratiquem atividades esportistas – grupo de controle).

Após serem selecionados, os estagiários, inicialmente, farão uma revisão de literatura e receberão um treinamento na aplicação dos instrumentos da pesquisa, realizado pelo professor supervisor e pela coordenadora.

Os estagiários juntamente com o professor supervisor e a coordenadora farão o primeiro contato com os sujeitos a serem avaliados explicando-lhes a natureza da investigação e entregando aos sujeitos o termo de esclarecimento e consentimento.

Os sujeitos a serem avaliados serão divididos em grupos para ser avaliados.

Posteriormente, o formulário de esclarecimento e consentimento, os questionários demográfico, SFCDS e CAQ serão aplicados em grupos de 50 sujeitos pelos estagiários e a coordenadora, em uma sala fechada da instituição e previamente marcada por telefone pela secretária da mesma.

Logo, os estagiários juntamente com o professor supervisor e a coordenadora, realizarão entrevistas individuais para a aplicação dos questionários do DSM-IV TR.

#### **4. Cronograma de Atividades**

<b>Semana</b>	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>4ª</b>	<b>5ª</b>
<b>Fase</b>					
<b>Seleção</b>	X				
<b>Revisão de Literatura</b>		X			
<b>Treinamento dos Estagiários</b>		X			
<b>Coleta de dados</b>		X	X	X	
<b>Análise dos dados e entrega dos dados</b>					X

## 5. Bibliografía Básica

- American Psychiatric Association, (2002) *DSM-IV TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ABEAD - Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas.  
<http://www.abead.com.br>
- ALMENDRA, C. A. C. e BAIERL, L. F. (2007) *A violência: realidade cotidiana*. Sociedade e Cultura, V.10, n. 2. P.267-279.
- BEATTIE, M. (1998). *Co-dependência nunca mais*. (trad. de M. Braga) Distribuidora Record de Serviços de Imprensa S.A. Rio de Janeiro – RJ. 2ª Ed. [V. O. “CODEPENDENT NO MORE”, Copyright © 1987 by Hazelden Foundation.]
- BULHÔES, A. N. A. et al.(2001) *A razão da idade: mitos e verdades*. Brasília: MJ/SEDH/DCA, Intertexto.
- CASTILLO, G. (1999). *El adolescente y sus retos: La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide.
- CASULLO, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo: identificación y orientación psicológica*. Barcelona: Paidós.
- CERMAK, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- DEAR, G. E. (2002). *The Holyoake Codependency Index: Further evidence of factorial validity*. Drug-and-Alcohol-Review. 2002 Mar; Vol 21(1): 47-52, Edith Cowan U, School of Psychology, Joondalup, WAU, Australia
- DELGADO, B. (2000) *Historia de la Infância*. 2ª ed. Barcelona: Ariel.
- DELUZ, A. et al. (1996) *La crisis de la Adolescencia*. Barcelona: Gedisa. Jornadas de Estudos organizada pelo Centro de Formação e de Investigação Psicanalítica.
- DUSCHATZKY, S. e COREA, C. (2001) *Chicos en Banda*. Buenos Aires: Paidós.
- ERIKSON, E. H. (1987) *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- FAUR, S. P. (2003). “Codependencia y estrés marital. Un enfoque psicoimunoneuroendocrinológico.” IV Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2003. [www.psiquiatria.com/congreso](http://www.psiquiatria.com/congreso).
- FISCHER, J. L., SPANN, L. y CRAWFORD, D.W. (1991). *Measuring codependency*. Alcoholism-Treatment-Quarterly.; Vol 8(1): 87-100, Texas Tech U, Lubbock, US

FORMIGA, N. S. (2005). "Valores humanos e condutas anti-sociais e delitivas em jovens". *Revista Psicologia: Teoria e Prática* 7 (2), 134-170.

HUGHES-HAMMER, C., MARTSOLF, D. S. e ZELLER, R. A. (1998). *Depression and codependency in women*. *Archives-of-Psychiatric-Nursing*. 1998 Dec; Vol 12(6): 326-334., Kent State U, Kent, OH, U

HUMBERG, L. V. (2003). *Dependência de Vínculo: Uma releitura do Conceito de Co-Dependência*. Dissertação de mestrado em ciências. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-SP.

IRWIN, H. J. (1995). *Codependence, narcissism, and childhood trauma*. *Journal-of-Clinical-Psychology*. Sep; Vol 51(5): 658-665, U New England, Dept of Psychology, Armidale, NSW, Australia.

KAPLAN, H & SADOCK, B. (1993) *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

LARANJEIRA, R. & PINSKY, I. (1998) *O Alcoolismo*. São Paulo: Contexto.

LOUGHEAD, T. A., SPURLOCK, V. L. e YUAN-YU ting (1998). *Diagnostic Indicators of Codependence: An Investigation Using The MCMI-II*. *Journal of Mental Health Counseling*, 0193-1830, Vol. 20, Fascículo 1

MANNONI et al (1994). *La Crisis de la Adolescencia*. Barcelona: Gedisa.

MARGULIS, M. (2000) *La Juventud es más que una palabra*. In: \_\_\_\_\_ *Ensayos sobre Cultura y Juventud*. Buenos Aires: Biblos.

MARLATT, A. (1998) *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MEYER, D. F. (1997). "Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders." *Journal of Clinical Psychology*, 1997 Feb; Vol 53 (2): 107-116.

MIOTO, R. C. T. (2001) *Famílias e Adolescentes Autores de Ato Infracional*. In: VERONESE, SOUZA e MIOTO. *Infância e adolescência, o conflito com a Lei*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2001.

MORGAN, J. P. (1991). *What is codependency?* *Journal-of-Clinical-Psychology*. 1991 Sep; Vol 47(5): 720-729, Ctrs for Psychotherapy, Slidell, LA, US

POTTER-EFRON, R. T. e POTTER-EFRON, P. S. (1989). *Assessment of Co-dependency with Individuals from Alcoholic and Chemically Dependent Families*. En: Carruth, B. y Mendenhall, W. (Ed.), *Co-dependency: Issues in Treatment and Recovery*. p. 37-57. The Haworth Press Inc., Binghamtom, NY

RESENDE, G. L. O. (2003) *Prontidão e Tratamento em Alcoolistas: Análise de um Programa*. Dissertação de Mestrado. PUC-CAMPINAS. 83p.

SCHUCKUT, M. (1991) *Abuso de Álcool e Drogas. Uma Orientação Clínica ao Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

SEIXAS, M. W. Juventude e Violência.

[http://www.psd.org.br/juventude/artigo\\_marcus\\_seixas.asp](http://www.psd.org.br/juventude/artigo_marcus_seixas.asp)

SUBBY, R. (1984), *Incide the Chemically Dependent Marriage: Denial and Manipulation*. En: "Co-Dependency, an Emergency.". Hollywood, FL: Health Communications.

TRINDADE, J. (2002) *Delinquência Juvenil*, Compendio Transdisciplinar. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

TUBERT, S. (2000) *Un Extraño en el Espejo: La crisis adolescente*. Corunha: LudusA.

UNESCO BRASIL – [www.unesco.org.br](http://www.unesco.org.br)

VERONESE, J. R. P.(1998). *Entre Violentados e Violentadores*. São Paulo: Cidade Nova.

WAISELFISZ, J. J. (2004) Mapa da violência IV: os jovens do Brasil. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

WHITFIELD, C. L. (1991). "Co-dependence: healing the human condition: the new paradigm for helping professionals and people in recovery." Health Communications, Inc., Deerfield Beach, FL.

WHITFIELD, C. L. (1999). "Sanar nuestro niño interior.", (trad. de Enric Canals) pp. 44-45. Ediciones Obelisco, S.L. Barcelona – España. (V.O.: "Healing the child Within", 1987 by Health Communications Inc. Deefield Beach, Florida, U.S.A.)

ZAMPIERI, M. A. J. (2004). "Codependência: o transtorno e a intervenção em rede." p. 63. Editora ÁGORA. São Paulo-SP.

## ANEXO 09

### EDITAL DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM PESQUISA

**ÁREA:** Psicologia Clínica

**TEMA:** Análise da Codependência em Menores Infratores.

#### **ATIVIDADES DE ESTÁGIO:**

- a) **Teórica:** Revisão de literatura sobre Codependência.
- b) **Prática:** - Treinamento;  
- Aplicar instrumentos de avaliação (Questionários, Escalas)

**NÚMERO DE VAGAS:** 12 (doze)

**SUPERVISOR:** Rosanna Mazzarello Martins de Moura  
Prof. Geraldo Luiz de Oliveira Resende

**INSCRIÇÃO:** Data: 06/05/2008 a 09/05/2008  
Horário: de 13 h às 17 h e de 18h30min às 21 h  
Local: Sala 1.92 – Coordenadoria do Curso de Psicologia

#### **CARGA HORÁRIA:**

- a) **Estágio:** 12 horas semanais
- b) **Supervisão:** 02 horas semanais

**PERÍODO:** Maio de 2008-05-05

#### **PRÉ-REQUISITOS:**

- a) Ser aluno (a) regularmente matriculado (a) no curso de Psicologia da UFSJ;
- b) Ter cursado com aprovação ou estar cursando as disciplinas Psicopatologia Geral I e Teorias e Técnicas de Entrevistas Psicológica.

**PROCESSO DE SELEÇÃO:** Entrevista com o supervisor e análise do Histórico

**DATA:** 12 de maio de 2008

**HORÁRIO:** 16 h

**LOCAL:** Sala 2.07 – LAPSAM (Sala do Prof. Geraldo Resende)

***OBS: ESTÁGIO NÃO REMUNERADO***

## ANEXO 10

### RESOLUÇÃO Nº 050, de 30 de outubro de 2006.

**APROVA O PROTOCOLO DE PESQUISA A SER SUBMETIDO À COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (CEPES) DA UFSJ PARA APROVAÇÃO DO PROJETO QUANTO AOS SEUS ASPECTOS ÉTICOS.**

O PRESIDENTE DO CONSELHO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ, no uso de suas atribuições, e na forma do que dispõe o art. 24, incisos II, III, VII e XII e o art. 55 do Estatuto aprovado pela Portaria/MEC 2.684, de 25/09/2003 – DOU de 26/09/2003, e considerando o Parecer nº 048 de 30/10/2006 deste mesmo Conselho,

#### RESOLVE:

Art. 1º Definir, que, para obter a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES), o pesquisador deve apresentar a documentação que compõe o protocolo de pesquisa, especificada nesta Resolução, sem prejuízo de outras que vierem a ser exigidas.

Art. 2º Compõem o protocolo de pesquisa, conforme modelo do anexo A desta Resolução, os seguintes documentos em português:

I – folha de rosto, contendo:

- a) título do projeto;
- b) dados dos sujeitos;
- c) nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador;
- d) dados da instituição onde será realizada a pesquisa;
- e) nome e assinatura do reitor da UFSJ e de dirigente de instituição que solicitar avaliação ética à UFSJ.

II – protocolo de pesquisa, propriamente dito, compreendendo os seguintes itens:

- a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;
- b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa;
- c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa, incluindo material (testes, questionários, roteiros de entrevistas etc.), métodos, procedimentos, resultados esperados e bibliografia;
- d) análise crítica de riscos e benefícios;
- e) duração total e cronograma da pesquisa;
- f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;

- g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;
- h) local da pesquisa, detalhando as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais sejam processadas as várias etapas da pesquisa;
- i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;
- j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa, no qual se expressem os recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;
- l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento;
- m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não;
- n) declaração sobre o uso e destinação do material ou dados coletados.

III – informações relativas aos sujeitos da pesquisa:

- a) descrever as características da população a estudar, tais como tamanho, faixa etária, sexo, cor segundo a classificação do IBGE, estado geral de saúde, classes e grupos sociais, dentre outros;
- b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;
- c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimes, registros e dados a serem obtidos de seres humanos;
- d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos e fornecer critérios de inclusão e exclusão;
- e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem está encarregado de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;
- f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;
- g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual.
- h) descrever os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade;
- i) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa.

IV – currículo da plataforma Lattes/CNPq do pesquisador responsável e dos demais participantes;

V – termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

§ 1º No caso de patenteamento, os resultados devem se tornar públicos tão logo se conclua a etapa de patenteamento.

§ 2º Devem ser expostas juntamente com os dados da alínea “a”, inciso II, as razões para a utilização de grupos vulneráveis, que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

§ 3º No que tange à alínea “c” do inciso III do art. 2º, deve-se indicar se a obtenção do material tem por finalidade específica atender aos propósitos da pesquisa ou se este pode ser usado para outros fins.

§ 4º Nos termos da alínea “g” do inciso III do art. 2º quando apropriado, devem ser descritas as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos.

§ 5º A importância referente ao ressarcimento de que trata a alínea “i” do inciso III do art. 2º não pode ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

Art. 3º O Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo do anexo B desta Resolução, deve ser redigido em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que devem ser utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia; informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa;
- i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Art. 4º O TCLE obedece aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pela CEPES ou pela CONEP-MS, conforme o caso, ao qual compete referendar a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais;
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Art. 5º Nos casos em que houver qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessário para o adequado consentimento, ressalta-se que:

- a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deve haver justificativa clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pela CEPES, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

- b) a liberdade do consentimento deve ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionantes específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;
- c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer da CEPES;
- d) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;
- e) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido à CEPES.

Parágrafo único. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não podem ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no TCLE.

Art. 6º Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos são admissíveis quando:

- a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;
- b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;
- c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

§ 1º As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

§ 2º O pesquisador responsável está obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento.

§ 3º Tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deve ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

§ 4º A CEPES deve ser informada de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterarem o curso normal do estudo.

Art. 7º Cabe ao pesquisador responsável:

- a) apresentar o protocolo, devidamente instruído à CEPES, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;
- b) desenvolver o projeto conforme delineado;
- c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- d) apresentar os dados solicitados pela CEPES, a qualquer momento;
- e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo, quando for o caso, fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pela CEPES;

- f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos, quando for o caso, aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- g) justificar, perante a CEPES, a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados, dependendo do caso;
- h) apresentar à comissão editorial das revistas científicas e às agências de fomento a documentação comprobatória da aprovação do projeto pela CEPES, quando solicitado.

Art. 8º A submissão do protocolo à CEPES independe do nível da pesquisa, se consistir em monografia de conclusão de curso de graduação ou de especialização, ou se trabalho de iniciação científica, mestrado ou doutorado, seja de interesse acadêmico ou operacional.

Art. 9º Os protocolos podem sofrer emendas ou extensões, mediante parecer da CEPES.

§ 1º A emenda é qualquer proposta de modificação no projeto original, apresentada com a justificativa que a motivou.

§ 2º A extensão é a proposta de prorrogação ou continuidade da pesquisa com os mesmos sujeitos, sem mudança essencial nos objetivos e na metodologia do projeto original.

§ 3º Se as modificações nos objetivos e métodos forem importantes, o pesquisador responsável deve apresentar novo protocolo.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São João del-Rei, 30 de outubro de 2006.

Prof. HELVÉCIO LUIZ REIS  
Presidente do Conselho Universitário

Publicada nos quadros da UFSJ em 08/11/2006

ANEXO A  
 PROTOCOLO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Inicial: Sim

Renovação:

FOLHA FRONTAL

<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; font-weight: bold; font-size: small;">PROTOCOLO CEPES/UEFSJ</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; font-weight: bold; font-size: small;">DATA DE ENTRADA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                 ...../...../.....             </div>	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; font-weight: bold; font-size: small;">N° total de folhas</div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
--	---	---

TÍTULO DO PROJETO
“ANÁLISE DA CODEPENDÊNCIA EM JOVENS INFRATORES”

ENCAMINHAMENTO E CONCLUSÕES (Uso exclusivo da CEPES)

Pesquisador	Secretário da CEPES	Presidente da	Relator da CEPES
Nome escrito legível ou <b>Rosanna mazzarello</b>	Nome escrito legível ou	Nome escrito legível ou	Nome escrito legível ou
Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
Rubrica	Rubrica	Rubrica	Rubrica

## **CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

São João del-Rei, 10 de maio de 2008.

Ao **Sr.**  
Presidente da Comissão de Ética em  
Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFSJ

Senhor Presidente,

Encaminho o projeto de pesquisa intitulado “ Análise da Codependência em Jovens Infratores”, para ser submetido a avaliação do ponto de vista ético.

Atenciosamente,

---

Rosanna Mazzarello Martins de Moura  
Coordenadora do Projeto

---

Geraldo Luiz de Oliveira Resende  
Coordenador Co-Orientador

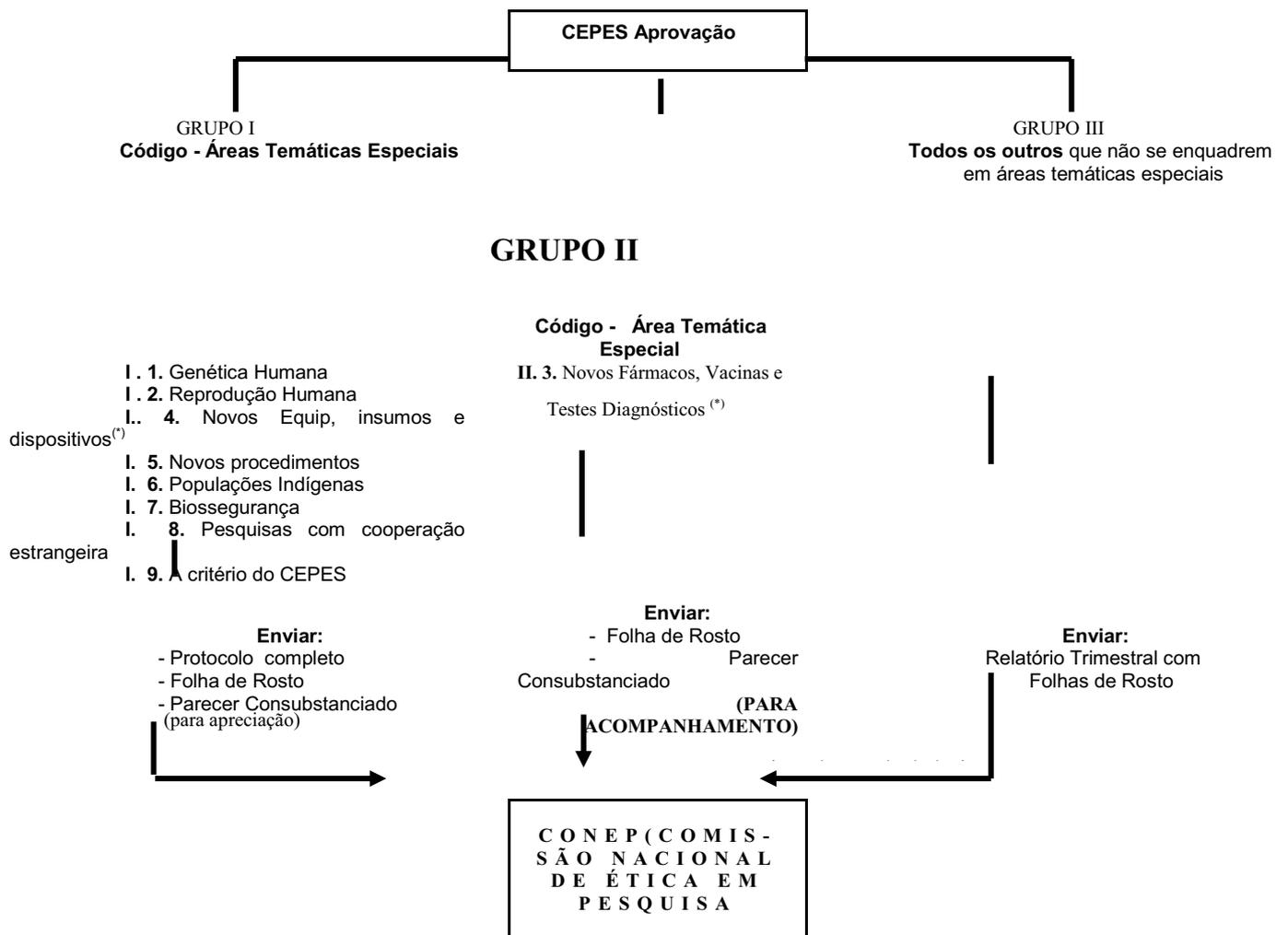
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Conselho Nacional de Saúde**  
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**

**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS ( versão outubro/99 )**

<b>1. Projeto de Pesquisa:</b> "Análise da Codependência em Jovens Infratores."			
<b>2. Área do Conhecimento</b> (Ver relação no verso) Ciências Humanas – Psicologia		<b>3. Código:</b> 7.07	<b>4. Nível:</b> ( Só áreas do conhecimento 4 ) Não se aplica
<b>5. Área(s) Temática(s) Especial (s)</b> (Ver fluxograma no verso) Não se aplica		<b>6. Código(s):</b> Não se aplica	<b>7. Fase:</b> (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) Não se aplica
<b>8. Unitermos:</b> Codependência, Atividades Esportivas, Jovens Infratores.			
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>			
<b>9. Número de sujeitos</b> No Centro: Total: 200		<b>10. Grupos Especiais:</b> <18 anos (X) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência ( Estudantes , Militares, Presidiários etc ) (X) Outros ( ) Não se aplica ( )	
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
<b>11. Nome:</b> Rosanna Mazzarello Martins de Moura			
<b>12. Identidade:</b> 1.718.135	<b>13. CPF.:</b> 424.895.636-53	<b>19. Endereço</b> (Rua, n.º): Rua Antônio Alves de Aquino	Nº 138 VI. Maria - Bonfim
<b>14. Nacionalidade:</b> Brasileira	<b>15. Profissão:</b> Psicóloga	<b>20. CEP:</b> 36.307-414	<b>21. Cidade:</b> São João Del Rei <b>22. U.F.:</b> MG
<b>16. Maior Titulação:</b> Mestrado	<b>17. Cargo:</b> Doutoranda	<b>23. Fone:</b> (032) 3371-1260	<b>24. Fax:</b> Não se aplica
<b>18. Instituição a que pertence:</b> Universidad de Barcelona - UB		<b>25. Email:</b> rosannadangelo@yahoo.com.br	
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 10/05/2008 Rosanna Mazzarello Martins de Moura			
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>			
<b>26. Nome:</b> Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ		<b>29. Endereço</b> (Rua, n.º): Pça Dom Helvécio, 74 – Campus Dom Bosco	
<b>27. Unidade/Órgão:</b> DPSIC		<b>30. CEP:</b> 36.301-160	<b>31. Cidade:</b> São João Del Rei <b>32. U.F.:</b> MG
<b>28. Participação Estrangeira:</b> Sim (X) Não ( )		<b>33. Fone:</b>	<b>34. Fax.:</b>
<b>35. Projeto Multicêntrico:</b> Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) Internacional (X) ( Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil )			
<b>Termo de Compromisso ( do responsável pela instituição ) :</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Geraldo Luiz de Oliveira Resende Cargo: Docente Data: 10/05/2008 Geraldo Luiz de Oliveira Resende			
<b>PATROCINADOR Não se aplica (X)</b>			
<b>36. Nome:</b>		<b>39. Endereço</b>	
<b>37. Responsável:</b>		<b>40. CEP:</b>	<b>41. Cidade:</b> <b>42. UF</b>
<b>38. Cargo/Função:</b>		<b>43. Fone:</b>	<b>44. Fax:</b>
<b>COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - CEPES</b>			
<b>45. Data de Entrada:</b> ____/____/____	<b>46. Registro na CEPES:</b>	<b>47. Conclusão:</b> Aprovado ( ) Data: ____/____/____	<b>48. Não Aprovado ( )</b> Data: ____/____/____
<b>49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:</b> Encaminhamento a CONEP:		Data: ____/____/____ Data: ____/____/____	

<b>50.</b> Os dados acima para registro ( ) <b>51.</b> O projeto para apreciação ( ) <b>52.</b> Data: ____/____/____	<b>53.</b> Presidente/Nome _____ Assinatura	<b>Anexar o parecer consubstanciado</b>
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - MINISTÉRIO DA SAÚDE – CONEP</b>		
<b>54.</b> Nº Expediente : <b>56.</b> Data Recebimento : <b>55.</b> Processo :	<b>57.</b> Registro na CONEP:	
<b>58.</b> Observações:		

**FLUXOGRAMA PARA PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS (JAN/99)**



**CÓDIGO – ÁREAS DO CONHECIMENTO ( Folha de Rosto Campos 2 e 3 )**

**1- CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA**

- 1.1 – MATEMÁTICA
- 1.2 – PROBABILIDADE E ESTATÍSTICA
- 1.3 – CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO
- 1.4 – ASTRONOMIA
- 1.5 – FÍSICA
- 1.6 – QUÍMICA
- 1.7 – GEOCIÊNCIAS
- 1.8 – OCEANOGRAFIA

**2 - CIÊNCIAS BIOLÓGICAS (\*)**

- 2.01 - BIOLOGIA GERAL
- 2.02 - GENÉTICA
- 2.03 - BOTANICA
- 2.04 - ZOOLOGIA
- 2.05 - ECOLOGIA
- 2.06 - MORFOLOGIA
- 2.07 - FISIOLOGIA
- 2.08 - BIOQUÍMICA
- 2.09 - BIOFÍSICA
- 2.10 - FARMACOLOGIA
- 2.11 - IMUNOLOGIA
- 2.12 - MICROBIOLOGIA
- 2.13 - PARASITOLOGIA
- 2.14 - TOXICOLOGIA

**3 - ENGENHARIAS**

- 3.01 - ENGENHARIA CIVIL
- 3.02 - ENGENHARIA DE MINAS
- 3.03 - ENGENHARIA DE MATERIAIS E METALÚRGICA
- 3.04 - ENGENHARIA ELÉTRICA
- 3.05 - ENGENHARIA MECÂNICA
- 3.06 - ENGENHARIA QUÍMICA
- 3.07 - ENGENHARIA SANITÁRIA
- 3.08 - ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
- 3.09 - ENGENHARIA NUCLEAR
- 3.10 - ENGENHARIA DE TRANSPORTES
- 3.11 - ENGENHARIA NAVAL E OCEÂNICA
- 3.12 - ENGENHARIA AEROESPACIAL

**4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE (\*)**

- 4.01 – MEDICINA
- 4.02 – ODONTOLOGIA
- 4.03 – FARMÁCIA
- 4.04 – ENFERMAGEM
- 4.05 – NUTRIÇÃO
- 4.06 – SAÚDE COLETIVA
- 4.07 – FONOAUDIOLOGIA
- 4.08 – FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
- 4.09 – EDUCAÇÃO FÍSICA

**5 - CIÊNCIAS AGRÁRIAS**

- 5.01 - AGRONOMIA
- 5.02 - RECURSOS FLORESTAIS E ENGENHARIA FLORESTAL
- 5.03 - ENGENHARIA AGRÍCOLA
- 5.04 - ZOOTECNIA
- 5.05 - MEDICINA VETERINÁRIA
- 5.06 - RECURSOS PESQUEIROS E ENGENHARIA DE PESCA
- 5.07 - CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS

**6 - CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

- 6.01 - DIREITO
- 6.02 - ADMINISTRAÇÃO
- 6.03 - ECONOMIA
- 6.04 - ARQUITETURA E URBANISMO
- 6.05 - PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL
- 6.06 - DEMOGRAFIA
- 6.07 - CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
- 6.08 - MUSEOLOGIA
- 6.09 - COMUNICAÇÃO
- 6.10 - SERVIÇO SOCIAL
- 6.11 - ECONOMIA DOMÉSTICA
- 6.12 - DESENHO INDUSTRIAL
- 6.13 - TURISMO

**7 - CIÊNCIAS HUMANAS**

- 7.01 – FILOSOFIA
- 7.02 – SOCIOLOGIA
- 7.03 – ANTROPOLOGIA
- 7.04 – ARQUEOLOGIA
- 7.05 – HISTÓRIA
- 7.06 – GEOGRAFIA
- 7.07 – PSICOLOGIA
- 7.08 – EDUCAÇÃO
- 7.09 - CIÊNCIA POLÍTICA
- 7.10 – TEOLOGIA

**8 - LINGÜÍSTICA, LETRAS E ARTES**

- 8.01 - LINGÜÍSTICA
- 8.02 - LETRAS
- 8.03 - ARTES

**(\*) NÍVEL : ( Folha de Rosto Campo 4 )**

- (P)** Prevenção
- (D)** Diagnóstico
- (T)** Terapêutico
- (E)** Epidemiológico
- (N)** Não se aplica

**(\*) OBS:** - As pesquisas das áreas temáticas 3 e 4 ( novos fármacos e novos equipamentos ) que dependem de licença de importação da **ANVS/MS**, devem obedecer ao seguinte fluxo- Os projetos da área 3 que se enquadrarem simultaneamente em outras áreas que dependam da aprovação da **CONEP**, e os da área 4 devem ser enviados à **CONEP**, e esta os enviará à **ANVS/MS** com seu parecer.

- Os projetos exclusivos da área 3 aprovados no CEPES ( Res. CNS 251/97 – item V.2 ) deverão ser enviados à ANVS pelo patrocinador ou pesquisador.

**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

*(itens correspondentes da resolução 196 - I / II.1 / II.2 / II.3 / III.2)*

**OBS:** Renovação do Projeto, justificar e apresentar o Relatório Para nova solicitação. Refere-se a Renovação do Projeto, mesmo com substituição do Bolsista.

**TÍTULO**

**“ANÁLISE DA CODEPENDÊNCIA EM JOVENS INFRATORES.”**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

*(itens correspondentes da resolução 196 - II.4 / III.3.x)*

*(vide também artigo à página 22 do “Cadernos de ética em pesquisa”, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Ministério da Saúde - CONEP, edição de julho de 1998)*

Rosanna Mazzarello Martins de Moura

**A – INTRODUÇÃO** *(itens correspondentes da resolução 196 – III / IV.1c / V.1a, 1b, 1c / VI.2a, 2b)*

**A.1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS E DADOS QUE JUSTIFICAM A PESQUISA:**

A violência é um tema inescapável na vida dos brasileiros, pois já ocupa a primeira posição dentre as preocupações da população segundo os principais meios de comunicação e pesquisas de opinião pública. No Brasil é possível acompanhar pela mídia ao fenômeno da delinquência, principalmente, porque nos últimos anos houve uma intensidade de atos anti-sociais ou delitivos apresentado pelos jovens: desde assassinato dos pais, agressão de mendigos e infração de trânsito apenas por diversão, porte indevido e manuseio de armas de fogo ao uso e tráfico de drogas, entre outros. Apesar disto, poucos estudos são encontrados no país que focalize uma perspectiva de saúde mental capaz de avaliar os antecedentes desse fenômeno.

De acordo com uma pesquisa realizada pela UNESCO, a violência atinge muito mais os jovens de 15 a 24 anos do que pessoas das outras faixas etárias. A pesquisa mostra que, entre os jovens de 15 anos, 23% morrem de homicídios. Aos 17 anos, os jovens assassinados já são 35,3%. A violência atinge seu máximo com os jovens de 20 anos: 37,1% deles morrem vítimas de homicídios (Waiselfisz (2005, 1998), Almendra e Baierl (2007). Existem também outros atos infratores cometidos pelos adolescentes que vem preocupando a população, pais, professores, a sociedade em geral como as brigas entre eles, furtos, roubos, abuso de drogas e de álcool. A violência que atinge o Brasil, especificamente a que se concentra sobre os jovens, sejam como vítimas ou como atores, deve ser considerada um fenômeno multidisciplinar e não como resultante da ação de um indivíduo que isoladamente se expõe ao risco ou que vive em situação de risco.

Segundo dados da ABEAD (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas), o alcoolismo atinge 10% da população brasileira, gerando sérios problemas físicos, psicológicos e sociais. Traz seqüelas físicas, tais como, pressão, alta, pancreatite, úlcera, cardiopatia, cirrose; psicológicas, como problemas de memória, irritabilidade, nervosismos, insônia, depressão, ansiedade e sociais, como o desemprego, problemas conjugais e familiares, acidentes de trabalho e automobilístico e prisões. O problema é de âmbito

mundial.

O constructo *Codependencia* expandiu sua área de aplicação desde sua aparição no campo da dependência química no fim dos anos 70, provavelmente em Minnesota. Os profissionais dessa área forneceram a literatura muita informação, entretanto estas não foram obtidas empiricamente ou com pouco ou nenhum rigor científico. As muitas definições dificultam a utilização do constructo e nas últimas duas décadas os investigadores trabalham para esclarecê-lo e desenvolver os instrumentos de avaliação necessários para se chegar a uma definição consistente, sua gênese, sua etiologia e sua nosologia. (Cermak, 1986; Beattie, 1987; Morgan, 1991; Hugher-Hammer, Martsolf e Zeller, 1998; Loughhead, Spurlock y Yuan-ying, 1998)

*Codependência* se relaciona com um aprendido padrão disfuncional de relacionar com o outro e com a vida, com estratégias de enfrentamento inadequadas e autodestrutiva e que passa de geração a geração (Beattie, 1987; Irwin, 1995; Hugher-Hammer et al., 1998; Loughhead et al., 1998). Como se manifesta no âmbito das relações compromete a todo o funcionamento do indivíduo (familiar, afetivo, profissional, escolar e social). Por sua vez este fenômeno implica a família e a sociedade em geral, sem discriminação de idade, gênero ou etnia, pelos danos que suas conseqüências causam ao sistema social e da saúde mental (morte acidental e atos infratores por abuso de substâncias, violência doméstica e maus tratos, acoso (infantil, laboral e escolar), enfermidades infecciosas, prisão, etc.) (Zampiere, 2004).

O termo define as pessoas que se relacionam ou se relacionaram com alguém que sofre de um transtorno maior de comportamento. Um denominador comum é ter um relacionamento – pessoal ou profissional – com pessoas perturbadas, carentes ou dependentes. Outro denominador e mais freqüente são as regras silenciosas e não escritas que geralmente se desenvolvem na família próxima e estabelecem o ritmo de problemas. Essas regras proíbem: a discussão de problemas; expressões abertas de sentimentos; comunicação honesta e direta; expectativas realistas, como os de se ser humano, vulnerável ou imperfeito; egoísmo, confiança em outras pessoas e em si mesmo; brincar e divertir-se; e balançar o barco familiar, tão fragilmente equilibrado, através de crescimento ou mudança – por mais saudável e benéfico que esse movimento possa ser. Essas regras são comuns aos sistemas de famílias alcoólicas, mas podem emergir também em outras famílias. (Subby, 1984; Beattie, 1987; Potter-Efron e Potter-Efron, 1989; Withfield, 1999). É importante frisar que apesar do constructo *Codependência* ter surgido no âmbito da dependência química, com o desenvolvimento das pesquisas e da tentativa do próprio entendimento deste, verificou-se que ele ultrapassava este campo. Situações outras envolvendo pessoas enfermas cronicamente, família disfuncional sejam por problemas de caráter, perdas de algum membro importante, perdas financeiras, abandonos na infância, ou seja, situações em que o sujeito não tenha recebido “nutrientes” necessários para se tornar “fortes” no enfrentamento do mundo, podem também levar a desenvolver comportamentos codependentes.

*Codependência* é caracterizada por uma grande necessidade de ajudar o outro, de resgatá-lo, se obcecando em controlá-lo, curá-lo e salvá-lo, assumindo suas responsabilidades (Cermak, 1986; Beattie, 1987, Dear, 2002). Tudo isto porque o conceito que o codependente tem de si mesmo depende do “sucesso” e da “felicidade” do outro. O outro é seu espelho, o codependente é o reflexo do outro. Este comportamento leva a uma completa negligência de suas próprias necessidades chegando a esquecer de quem ele é, inclusive de se querer, o indivíduo codependente se perde a si mesmo. Para tal, desenvolve uma hiper tolerância ao sofrimento emocional que o faz capaz de suportar situações por períodos que para outras pessoas seria insuportável. Neste processo ele nega a realidade da situação e se super adapta à realidade externa em detrimento de sua própria realidade psíquica, não sendo capaz de ver e/ou admitir que esteja ultrapassando sua própria capacidade de resistência, tornando-se extremamente vulnerável uma vez que lhe falha seus mecanismos de auto-proteção (Beattie,

1987; Whitfield, 1991). As tentativas, sem sucesso, de controlar a vida e o comportamento do outro lhe provoca crescente mal-estar e uma sensação de derrota, de impotência e de descontrolo (Beattie, 1987). Isso é uma fonte de patologia somática e depressão, pois se sabe que esses padrões de relação vincular, como a *Codependência*, alteram os parâmetros endócrinos e imunológicos (Faur, 2003). Segundo os defensores da teoria da *Codependência*, estes comportamentos fazem o indivíduo vulnerável desenvolver inúmeros problemas como abuso de substância, depressão, desordens alimentares, e outras enfermidades causadas pelo estresse (Beattie, 1987; Whitfield, 1991; Fischer, Spann, y Crawford, 1991).

Além disso, o codependente tem uma baixa auto-estima e um extremo “lôcus de controle” externo, necessitando da aprovação dos outros para existir para si mesmo (Beattie, 1987; Hughes-Hammer, 1998; Whitfield, 1991; Fischer, Spann, y Crawford, 1991). O que os deixa vulneráveis aos comportamentos de imitação, principalmente na população adolescente que ainda não tem claro sua identidade e em que possui as características debilitantes próprias dessa etapa da vida dele. Conseqüentemente, o adolescente codependente pode ser uma população com uma maior predisposição a adquirir condutas de risco como as diversas dependências, delinqüência, comportamento agressivo, transtornos alimentares, fracasso escolar, etc. (Cermak, 1986).

Essas informações e considerações me levam a acreditar na importância da investigação sobre o constructo *Codependência*. Somando-se ao crescente aumento de atos infratores realizados atualmente por jovens acredito ser de grande relevância realizar-la em uma população adolescente pensando principalmente em chegar a um programa de prevenção.

## **A2. HIPOTÉSES A SEREM TESTADAS:**

Hipóteses 1: Jovens Infratores apresentarão altos índices de Codependencia.

Hipóteses 2: Jovens Infratores apresentarão Transtornos de Conduta.

Hipóteses 3: Jovens Infratores apresentarão Transtorno Relacionado à Substância.

Hipóteses 4: Jovens Infratores apresentarão Transtorno de Abuso de Substancia

Hipóteses 5: Jovens esportistas não apresentarão altos índices de Codependencia.

Hipóteses 6: Jovens esportistas não apresentarão Transtornos de Conduta.

Hipóteses 7: Jovens esportistas não apresentarão Transtorno Relacionado à Substância.

Hipóteses 8: Jovens esportistas não apresentarão Transtorno de Abuso de Substância.

## **A3- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Avaliar a presença da Codependência nos adolescentes através dos instrumentos: “Spann-Fischer Codependency Scale (SFCDS), 1991” e Codependency Assessment Questionnaire (CAQ), 1989.
- Avaliar a presença do Transtorno Relacionado à Substância nos adolescentes através do Critério de Diagnóstico- DSM- IV TR para Abuso e Dependência de Substância.
- Avaliar a presença de Transtorno Relacionado a Transtorno por Abuso de Substancia através do Critério de Diagnóstico- DSM- IV TR para Abuso de Substância.
- Avaliar a presença do Transtorno de Conduta nos adolescentes através do Critério de Diagnóstico- DSM- IV TR para Transtorno de Conduta.
- Aplicar questionário de identificação demográfico nos adolescentes.

**B – MATERIAL E MÉTODOS** (*itens correspondentes da resolução 196 - II.10 / III / IV. 3a, 3b, 3d, 3f / V.2,3 / VI no seu início / VI.2c, 3a, 3b, 3c, 3d / VII.14 a*)

### **Instrumentos:**

- Questionário demográfico elaborado pela coordenadora;
  - Escala SFCDS (Spann-Fischer Codependency Scale – Fischer, Spann e Crawford, 1991);
  - Questionário CAQ (Codependency Assessment Questionnaire – Potter-Efron e Potter-Efron, 1989);
  - Critérios Diagnósticos para Transtorno da Conduta (DSM-IV-TR, 2002);
  - Critérios para Dependência de Substância (DSM-IV-TR, 2002);
  - Critérios para Abuso de Substância (DSM-IV-TR, 2002).
- OBS: (Os instrumentos para avaliar a Codependência foram utilizados, no Brasil, na Dissertação de Mestrado em Ciências de Humberg, 2003)

### **Equipe:**

Coordenação: Rosanna Mazzarello Martins de Moura

Co-Orientador: Prof. Geraldo Luiz Oliveira de Resende

12 Estagiários alunos do curso de Psicologia.

### **Procedimento:**

O projeto prevê a aplicação de instrumentos de avaliação de Codependência, de Condutas de Risco e questionário demográfico em dois grupos de adolescentes pertencentes ao mesmo nível social (um grupo de adolescentes infratores e um grupo de adolescentes que pratiquem atividades esportistas – grupo de controle).

Após serem selecionados, os estagiários, inicialmente, farão uma revisão de literatura e receberão um treinamento na aplicação dos instrumentos da pesquisa, realizado pelo professor supervisor e pela coordenadora.

Os estagiários juntamente com o professor supervisor e a coordenadora farão o primeiro contato com os sujeitos a serem avaliados explicando-lhes a natureza da investigação e entregando aos sujeitos o termo de esclarecimento e consentimento.

Os sujeitos a serem avaliados serão divididos em grupos para ser avaliados.

Posteriormente, o formulário de esclarecimento e consentimento, os questionários demográfico, SFCDS e CAQ, e os questionário do DSM-IV TR. serão aplicados nos grupos de sujeitos pelos estagiários e a coordenadora, em uma sala fechada proporcionada pela instituição ou associação a qual pertencem e previamente marcada por telefone pela secretária da mesma.

### **B1. DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS: CARACTERÍSTICAS, RECRUTAMENTO**

Participarão dessa pesquisa, 200 adolescentes em situação de risco, que pertençam ao nível socioeconômico menos favorecido, que tenham entre 14 a 21 anos, de ambos os sexos, sendo 100 que cometeram ato infrator e 100 que estejam inscritos em programas de assistência, associações e grupos de atividades esportivas dirigidas aos adolescentes em situação de risco, que tenham até 2º grau incompleto.

Os sujeitos não deverão portar problemas físicos ou psíquicos graves, não ter história de problemas psiquiátricos, não ter deficiência cognitiva relevante, não haver passado por tratamento Codependência, não ter escolaridade de nível superior.

**B2. JUSTIFICATIVA PARA O USO DE GRUPOS VULNERÁVEIS** *(itens correspondentes da resolução 196 – II.15, 16 / III.3j / IV.3 / VI.3a / VII.6,7 / vide também artigo às páginas 19 e 20 do “Cadernos de ética em pesquisa”, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, edição de julho de 1998.)*

O indivíduo codependente tem uma baixa auto-estima e um extremo “lôcus de controle” externo, necessitando da aprovação dos outros para existir para si mesmo, tornando-

se extremamente vulnerável aos comportamentos de imitação, principalmente na população adolescente que ainda não tem claro sua identidade e que possui as características debilitantes próprias dessa etapa do desenvolvimento dele. Conseqüentemente, o adolescente codependente pode ser uma população com uma maior predisposição a adquirir condutas de risco como as diversas dependências, delinquência, comportamento agressivo, transtornos alimentares, fracasso escolar, etc. Considerando que o adolescente e o jovem tem sido tanto ator como vítima do aumento crescente de atos infratores nos últimos tempos se vê a necessidade de estudar uma nova abordagem desde fenômeno em sujeitos de ambos os sexos de 14 a 21 anos.

**C – RESULTADOS ESPERADOS** (*itens correspondente da resolução 196 – III.1d / VI.2c*)

Com este estudo se espera obter dados para analisar a relação existe entre Codependência e atos infratores cometidos por jovens de 14 a 21 anos. Assim como, analisar se as atividades esportivas podem preservar o adolescente e o jovem codependente de cometer atos infratores, pensando principalmente em chegar a um programa de prevenção.

**D – BIBLIOGRAFIA** (*item correspondente da resolução 196 - VI.2.c*)

- American Psychiatric Association (2002) *DSM-IV TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ABEAD - Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas. [www.abead.com.br](http://www.abead.com.br)
- ALMENDRA, C. A. C. e BAIERL, L. F. (2007) *A violência: realidade cotidiana*. Sociedade e Cultura, V.10, n. 2. P.267-279.
- BEATTIE, M. (1998). *Co-dependência nunca mais*. (trad. de M. Braga) Distribuidora Record de Serviços de Imprensa S.A. Rio de Janeiro – RJ. 2ª Ed. [V. O. “CODEPENDENT NO MORE”, Copyright © 1987 by Hazelden Foundation.]
- BULHÔES, A. N. A. et al.(2001) *A razão da idade: mitos e verdades*. Brasília: MJ/SEDH/DCA, Intertexto.
- CASTILLO, G. (1999). *El adolescente y sus retos: La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Pirámide.
- CASULLO, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo: identificación y orientación psicológica*. Barcelona: Paidós.
- CERMAK, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- DEAR, G. E. (2002). *The Holyoake Codependency Index: Further evidence of factorial validity*. Drug-and-Alcohol-Review. 2002 Mar; Vol 21(1): 47-52, Edith Cowan U, School of Psychology, Joondalup, WAU, Australia
- DELGADO, B. (2000) *Historia de la Infância*. 2ª ed. Barcelona: Ariel.
- DELUZ, A. et al. (1996) *La crisis de la Adolescencia*. Barcelona: Gedisa. Jornadas de Estudos organizada pelo Centro de Formação e de Investigação Psicanalítica.
- DUSCHATZKY, S. e COREA, C. (2001) *Chicos en Banda*. Buenos Aires: Paidós.
- ERIKSON, E. H. (1987) *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- FAUR, S. P. (2003). “Codependencia y estrés marital. Un enfoque psicoimmunoneuroendocrínológico.” IV Congreso Virtual de Psiquiatria. Interpsiquis 2003. [www.psiquiatria.com/congreso](http://www.psiquiatria.com/congreso).
- FISCHER, J. L., SPANN, L. y CRAWFORD, D.W. (1991). *Measuring codependency*. Alcoholism-Treatment-Quarterly.; Vol 8(1): 87-100, Texas Tech U, Lubbock, US
- FORMIGA, N. S. (2005). "Valores humanos e condutas anti-sociais e delitivas em jovens".

- Revista Psicologia: Teoria e Prática* 7 (2), 134-170.
- HUGHES-HAMMER, C., MARTSOLF, D. S. e ZELLER, R. A. (1998). *Depression and codependency in women*. Archives-of-Psychiatric-Nursing. 1998 Dec; Vol 12(6): 326-334., Kent State U, Kent, OH, U
- HUMBERG, L. V. (2003). *Dependência de Vínculo: Uma releitura do Conceito de Co-Dependência*. Dissertação de mestrado em ciências. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-SP.
- IRWIN, H. J. (1995). *Codependence, narcissism, and childhood trauma*. Journal-of-Clinical-Psychology. Sep; Vol 51(5): 658-665, U New England, Dept of Psychology, Armidale, NSW, Australia.
- KAPLAN, H & SADOCK, B. (1993) *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- LARANJEIRA, R. & PINSKY, I. (1998) *O Alcoolismo*. São Paulo: Contexto.
- LOUGHEAD, T. A., SPURLOCK, V. L. e YUAN-YU ting (1998). *Diagnostic Indicators of Codependence: An Investigation Using The MCMI-II*. Journal of Mental Health Counseling, 0193-1830, Vol. 20, Fascículo 1
- MANNONI et al (1994). *La Crisis de la Adolescencia*. Barcelona: Gedisa.
- MARGULIS, M. (2000) *La Juventud es más que una palabra*. In: \_\_\_\_\_ *Ensayos sobre Cultura y Juventud*. Buenos Aires: Biblos.
- MARLATT, A. (1998) *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MEYER, D. F. (1997). "Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders." *Journal of Clinical Psychology*, 1997 Feb; Vol 53 (2): 107-116.
- MIOTO, R. C. T. (2001) *Famílias e Adolescentes Autores de Ato Infracional*. In: VERONESE, SOUZA e MIOTO. *Infância e adolescência, o conflito com a Lei*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2001.
- MORGAN, J. P. (1991). *What is codependency?* *Journal-of-Clinical-Psychology*. 1991 Sep; Vol 47(5): 720-729, Ctrs for Psychotherapy, Slidell, LA, US
- POTTER-EFRON, R. T. e POTTER-EFRON, P. S. (1989). *Assessment of Co-dependency with Individuals from Alcoholic and Chemically Dependent Families*. En: Carruth, B. y Mendenhall, W. (Ed.), *Co-dependency: Issues in Treatment and Recovery*. p. 37-57. The Haworth Press Inc., Binghamton, NY
- RESENDE, G. L. O. (2003) *Prontidão e Tratamento em Alcoolistas: Análise de um Programa*. Dissertação de Mestrado. PUC-CAMPINAS. 83p.
- SCHUCKUT, M. (1991) *Abuso de Álcool e Drogas. Uma Orientação Clínica ao Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SEIXAS, M. W. Juventude e Violência. [www.psd.org.br/juventude/artigo\\_marcus\\_seixas.asp](http://www.psd.org.br/juventude/artigo_marcus_seixas.asp)
- SUBBY, R. (1984), *Incidência da Dependência Química no Casamento: Denial and Manipulation*. En: "Co-Dependency, an Emergency.". Hollywood, FL: Health Communications.
- TRINDADE, J. (2002) *Delinquência Juvenil*, Compendio Transdisciplinar. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- TUBERT, S. (2000) *Un Extraño en el Espejo: La crisis adolescente*. Corunha: LudusA.
- UNESCO BRASIL – [www.unesco.org.br](http://www.unesco.org.br)
- VERONESE, J. R. P.(1998). *Entre Violentados e Violentadores*. São Paulo: Cidade Nova.
- WAISELFISZ, J. J. (2004) *Mapa da violência IV: os jovens do Brasil*. Brasília: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- WHITFIELD, C. L. (1991). "Co-dependence: healing the human condition: the new paradigm for helping professionals and people in recovery." Health Communications, Inc., Deerfield Beach, FL.
- WHITFIELD, C. L. (1999). "Sanar nuestro niño interior.", (trad. de Enric Canals) pp. 44-45. Ediciones Obelisco, S.L. Barcelona – España. (V.O.: "Healing the child Within", 1987 by

Health Communications Inc. Deefield Beach, Florida, U.S.A.)  
 ZAMPIERI, M. A. J. (2004). “Codependência: o transtorno e a intervenção em rede.” p. 63.  
 Editora ÁGORA. São Paulo-SP.

**E – DESCRIÇÃO DOS DESCONFORTOS E RISCOS, INCLUSIVE RELACIONADOS À PERDA DA CONFIDENCIALIDADE, E DESCRIÇÃO DAS RESPECTIVAS MEDIDAS PREVENTIVAS E CURATIVAS** (*itens correspondentes da resolução 196 - II.8,9 / III.1.c / III.3h, 3i, 3j, 3l, 3q, 3u / IV.1b, 1d, 1g / V / VI.3f, 3g / VII.13.f*)

A coleta de dados será realizada através de questionários e escalas escritos e entrevista oral realizadas pela pesquisadora e pelos estagiários, nos quais estão assegurados o caráter de confidencialidade e anonimato dos sujeitos, não havendo riscos ou desconfortos para os sujeitos.

**F – ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS** (*itens correspondentes da resolução 196 - II.8,9 / V / VI.2d / III.1b, 3b, 3c, 3d, 3h, 3m, 3n, 3o, 3p, 3q, 3r, 3s, 3u, 3v / III.3.O / V / VII.13f*)

Não há riscos nem benefícios diretos para os sujeitos implicados.

**G – CRONOGRAMA** (*itens correspondentes da resolução 196 - III.3z / VI.2e / V.3 / VII.13d, 13f*)

Semana	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>
Fase					
Seleção	X				
Revisão de Literatura		X			
Treinamento dos Estagiários		X			
Coleta de dados		X	X	X	
Análise dos dados e entrega dos dados					X

**H – RESPONSABILIDADES** (*item correspondente da resolução 196 - VI.2f*)

**H.1 – Responsabilidades do pesquisador** (*itens correspondentes da resolução 196 – III.3r / V.3,4,5 / IX.1, 2*)

Os pesquisadores se responsabilizam pela integridade física e emocional dos sujeitos.

**H.2 – Responsabilidades da instituição** (*itens correspondentes da resolução 196 – II.5 / V.5*)

A coleta de dados será realizada nas salas e espaços físicos oferecidos pelas instituições implicadas, sendo acompanhadas pelos pesquisados e estagiários.

**H.3 – Responsabilidades do patrocinador** (*itens correspondentes da resolução 196 - II.7 / III.3r / V.5*)

Não se aplica.

**H.4 – Responsabilidades do promotor** (*item correspondente da resolução 196 - II.6*)

Não se aplica.

**I – CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA** (*itens correspondentes da resolução 196 – VI.2e, g / III.3z / V.3 / VII.13f*)

Não se aplica por não envolver riscos.

**J – DETALHAMENTO DAS INSTALAÇÕES E DEMONSTRATIVO DA EXISTÊNCIA DE INFRA ESTRUTURA NECESSÁRIA** (*itens correspondentes da resolução 196 - VI.2h, 2i / III.3h*)

A coleta de dados será realizada no local onde os sujeitos fazem suas atividades e em salas no Campus Dom Bosco:

Campus Dom Bosco: Ampla sala com cadeiras e carteiras escolares. Pça Dom Helvécio - SJDR

SEDESE: Ampla sala com cadeiras e carteiras escolares. Av. Hermilio Alves, 234 – 3º andar - SJDR

Jovens na Ativa: Salão amplo com cadeiras e carteiras escolares. Paróquia Dom Bosco

Guarani Esporte Clube: Quadra com mesa e cadeiras. Rua Pe Machado, 119 – Bela Vista – SJDR

**L – ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA** (*item correspondente da resolução 196 – VI.2j*)

Não se aplica.

**L.1 – Forma e valor de remuneração do pesquisador** (*item correspondente da resolução 196 - VI.2.j*)

Não se aplica.

**L.2 – Previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa** (*itens correspondentes da resolução 196 – II.13 / VI.3h / IV.1h*)

Não se aplica.

**L.3 – Previsão de indenização dos sujeitos da pesquisa** (*itens correspondentes da resolução 196 - II.9,10, 12 / IV.1i / V.6, 7*)

Não se aplica.

**M – PROPRIEDADE DAS INFORMAÇÕES** (*itens correspondentes da resolução 196 – III.3m, 3n, 3o / VI.2l*)

As informações obtidas da coleta de dados receberão um tratamento sigiloso e poderão ser usadas para fins acadêmicos.

**N – DECLARAÇÃO DE TORNAR PÚBLICOS OS RESULTADOS** (*itens correspondentes da resolução 196 - VI.2m / IX.2f*)

Os pesquisadores se comprometem em tornar público os resultados do estudo.

**O – DECLARAÇÃO SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL E/OU DADOS COLETADOS** (*itens correspondentes da resolução 196 - VI.2n / III.3t / IV.3f*)

O material, juntamente com os dados coletados, poderá ser usado para fins acadêmicos.

<b>P – COMO E QUEM IRÁ OBTER O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> <i>(item correspondente da resolução 196 – VI.3e)</i>	
O pesquisador solicitará aos responsáveis diretos ou indiretos das instituições para obter o consentimento livre e esclarecido dos responsáveis legais dos jovens que participarão da pesquisa.	
<b>Q – JUSTIFICATIVA PARA NÃO OBTER O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> <i>(vide artigo na pág. 21 do “Cadernos de ética em pesquisa”)</i>	
Não se aplica.	
<b>R – INFORMAÇÕES NÃO EXPOSTAS NOS ITENS ANTERIORES, INCLUSIVE O USO DE PLACEBO.</b>	
Não se aplica.	
<b>S – NOMES, TELEFONES E ASSINATURAS DE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISADORES</b>	
<b>Nome</b>	<b>Assinatura</b>
ROSANNA MAZZARELLO MARTINS DE MOURA – 3371-1260	
GERALDO LUIZ DE OLIVEIRA RESENDE – 3372-4720	

#### LISTA DE ITENS DO PROTOCOLO DE PESQUISA

ÍTEM	RELATOR			PESQUISADOR Numeração da(s) folha(s)
	Não	NP	Sim	
1. FOLHA FRONTAL				
2. CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEPES/UFES				
3. FOLHA DE ROSTO				
4. PROJETO DE PESQUISA EM PORTUGUÊS				
5. NOMES E ASSINATURAS DE TODOS OS PESQUISADORES DA EQUIPE NO FINAL DO PROJETO DE PESQUISA				
<b>6. DESCRIÇÃO DA PESQUISA</b>				
06.1. Antecedentes e justificativa. Registro no país de origem em caso de drogas e dispositivos para a saúde				
06.2. Descrição de material, métodos, procedimentos, resultados esperados e bibliografia				
06.3. Análise crítica de riscos e benefícios				
06.4. Duração				
06.5. Responsabilidades do pesquisador, da instituição, do patrocinador				
06.6. Critérios para suspender ou encerrar				
06.7. Local de realização das várias etapas				

06.8.	Infra estrutura necessária e concordância da instituição				
06.9.	Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador				
06.10.	Propriedade das informações				
06.11.	Declaração de tornar públicos os resultados				
06.12.	Declaração de uso específico do material				
<b>7. INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SUJEITO DA PESQUISA</b>					
07.1.	Descrição de métodos que afetem os sujeitos da pesquisa				
07.2.	Fontes de material, coleta específica				
07.3.	Planos de recrutamento, critérios de inclusão e exclusão				
07.4.	Modelo de Termo de consentimento				
07.5.	Como e quem irá obtê-lo				
07.6.	Descrição de riscos com avaliação de gravidade				
07.7.	Medidas de proteção de riscos e à confidencialidade				
07.8.	Previsão de ressarcimento de gastos				
07.9.	Características da população, justificativa de uso de grupos vulneráveis				
<b>8. CURRÍCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL E DOS DEMAIS PESQUISADORES</b>					
<b>9. TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR COM A RESOLUÇÃO 196 (FOLHA DE ROSTO )</b>					
<b>10. TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO COM A RESOLUÇÃO 196 (FOLHA DE ROSTO)</b>					

ÍTEM	RELATOR			PESQUISADOR
	Não	NP	Sim	Numeração da(s) folha(s)
<b>11. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>				
11.1. Linguagem acessível				
11.2. Justificativa, objetivos e procedimentos				
11.3. Desconfortos e riscos				
11.4. Benefícios esperados				
11.5. Métodos alternativos existentes				
11.6. Forma de assistência e seus responsáveis				
11.7. Esclarecimentos antes e durante a pesquisa sobre a metodologia				
11.8. Esclarecimento da possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo.				
11.9. Liberdade de se recusar a participar e de retirar o consentimento sem penalização				
11.10. Garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados				
11.11. Formas de ressarcimento das despesas				
11.12. Formas de indenização em caso de eventuais danos				
<b>12. PESQUISAS CONDUZIDAS DO EXTERIOR OU COM COOPERAÇÃO ESTRANGEIRA</b>				
12.1. Compromissos e vantagens para os sujeitos da pesquisa				
12.2. Compromissos e vantagens para o País				
12.3. Identificação do pesquisador e instituição nacionais co-responsáveis (FOLHA DE ROSTO)				
12.4. Documento de aprovação por Comissão de Ética no país de origem				
12.5. Resposta à necessidade de treinamento de pessoal no Brasil				
12.6. Declaração de uso do material somente para os fins previstos				
<b>13. PESQUISAS COM NOVOS FÁRMACOS, VACINAS E TESTES DIAGNÓSTICOS</b>				
13.1. Fase atual e demonstração de cumprimento de fases anteriores				
13.2. Substância farmacológica – registro no país de origem				
13.3. Informação pré-clínica – brochura do pesquisador (“Boas Práticas de Pesquisa em Farmacologia Clínica”)				
13.4. Informação clínica de fases anteriores				
13.5. Justificativa para uso de placebo ou wash out				
13.6. O acesso ao medicamento, se comprovada sua superioridade				
13.7. Declaração do pesquisador de que concorda e seguirá a resolução 196 (FOLHA DE ROSTO)				
13.8. Justificativa de inclusão de sujeitos sadios				
13.9. Formas de recrutamento				

## TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Análise da Codependência em Jovens Infratores.”. O objetivo deste estudo é verificar a relação entre Codependência, Atividades esportivas e Atos infratores e analisar se a Codependência pode favorecer ou não o desenvolvimento dos atos infratores. Com esta pesquisa teremos os dados que necessitamos para verificar como poderemos ajudar aos adolescentes com problemas e seus familiares. Caso você participe, será necessário de uma a três horas do seu tempo para responder a questionários por escrito e entrevistas orais.

- Não há riscos ou desconfortos no estudo: está sendo informado de que não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar apresentar justificativa para isso. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Você não terá nenhum benefício ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrente da pesquisa. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

São João del-Rei...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Rosanna Mazzarello Martins de Moura  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Geraldo Luiz de Oliveira Resende  
Pesquisador orientador

Telefone de contato do pesquisador: (032) 3371-1260

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – [cepes@ufsj.edu.br](mailto:cepes@ufsj.edu.br) / (32) 3379-2413.

OBS: Este termo apresenta duas vias, uma destinada ao voluntário e outra a pesquisadora.

## ANEXO 11

São João Del Rei, 16 de abril de 2008

Ao

Exmo. Sr: Geraldo José da Silva

Diretor Regional da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social - SEDESE

São João Del Rei - MG

Prezado Senhor,

Eu, Rosanna Mazzarello Martins D'Angelo, doutoranda do curso de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da UB (Universidad de Barcelona), Espanha, venho solicitar acesso ao arquivo constituído a partir do trabalho realizado com adolescentes infratores, dirigido pela Sra. Ilda Rosa de Souza Cunha, técnica dessa diretoria regional.

Tenho como tutor o Professor Dr. Francisco. Javier Serrano (departamento de Psicologia Social), co-diretoras as Professoras – Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menendez Montañes (departamento de Psicologia Evolutiva e Educação) e Dra. Juana Gomez Benito (departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento), professores da Faculdade de Psicologia da Universidad de Barcelona, e co-orientador o Professor Geraldo Luiz Oliveira de Resende (curso de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei).

Ressalto que este arquivo será de grande importância na coleta de dados do trabalho de campo, como complementação de minha tese de doutorado. As informações serão utilizadas estritamente para fins de pesquisa científica preservando o anonimato dos sujeitos envolvidos.

Conto com a valiosa colaboração de Vossa Exa. e me coloco a vossa disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Rosanna Mazzarello Martins D'Angelo.  
Doutoranda do curso de Psicologia Social da Facultad de Psicologia da Universidad de Barcelona.

## ANEXO 12 – AUTORIZACIÓN SEDESE



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social –SEDESE  
Diretoria Regional SEDESE de São João del Rei

Exma. Sra.

Rosanna Mazzarello Martins D' Angelo

Doutoranda do Curso de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da UB ( Universidade de Barcelona), Espanha.

Prezada Senhora

Em resposta ao seu pedido de acesso ao arquivo do Projeto CRE/SER, tendo em vista os objetivos acadêmicos e científicos e o compromisso com o sigilo do qual é necessário, autorizo o acesso solicitado.

Esperamos que nossa atitude seja em benefício do conhecimento e do desenvolvimento científico da área psicosocial, que é carente de um olhar mais elaborado.

Colocamos esta Diretoria à disposição para quaisquer informação complementar.

Atenciosamente,

Geraldo José da Silva  
DIRETOR REGIONAL DA SEDESE DE SÃO JOÃO DEL REI

DIRETORIA REGIONAL SEDESE DE SÃO JOÃO DEL REI  
AV. HERMÍLIO ALVES, 234 - 3º ANDAR – CENTRO – CEP: 36.307-328 – SÃO JOÃO DEL REI/MG  
E-MAIL: [drsidelrei@social.mg.gov.br](mailto:drsidelrei@social.mg.gov.br) TELEFONE: (032) 3371-7175

### **ANEXO 13. - SOLICITUDES DE COLABORACIÓN Y DE PERMISO A LAS INSTITUCIONES PARA CONTACTAR CON LOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES**

São João Del Rei, 16 de abril de 2008

Aos

Exmo. Sr.: Jailton Zacarias da Silva

Coordenador Geral da “APADEC - Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos.”

São João Del Rei - MG

Prezado Senhor,

Eu, Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo, doutoranda do curso de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da UB (Universitat de Barcelona), Espanha, venho solicitar sua colaboração para contatar e aceder aos jovens participantes dessa associação assim como a seus pais, quando o jovem for menor de idade. O objetivo desde contato é realizar uma investigação científica para minha tese de doutorado sobre a Codependência em adolescentes, atos infratores e atividades esportivas. Igualmente, solicito a permissão para utilizar o espaço desta associação para aplicar os questionários necessários.

Tenho como tutor o Professor Dr. Francisco Javier Serrano (departamento de Psicologia Social), co-diretoras as Professoras – Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menendez Montañes (departamento de Psicologia Evolutiva e Educação) e Dra. Juana Gomez Benito (departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento), professores da Faculdade de Psicologia da Universitat de Barcelona, e co-orientador o Professor Geraldo Luiz Oliveira de Resende (curso de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei).

Ressalto que sua colaboração será de grande importância na coleta de dados do trabalho de campo, como complementação de minha tese de doutorado. As informações serão utilizadas estritamente para fins de pesquisa científica preservando o anonimato dos sujeitos envolvidos.

Conto com a valiosa colaboração de Vossa Exa. e me coloco a vossa disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo.  
Doutoranda do curso de Psicologia Social da Facultat de Psicologia da Universidad de Barcelona.

São João Del Rei, 16 de abril de 2008

Ao

Exmo. Sr: Benedito Gonçalves de Aguiar

Presidente do “Guarani Esporte Clube”

São João Del Rei - MG

Prezado Senhor,

Eu, Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo, doutoranda do curso de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da UB (Universitat de Barcelona), Espanha, venho solicitar sua colaboração para contatar aos jovens participantes dessa associação bem como enviar o pedido de autorização aos pais dos menores de idade. O objetivo desde contato é realizar uma investigação científica para minha tese de doutorado sobre a Codependência em adolescentes, atos infratores e atividades esportivas. Igualmente, solicito a permissão para utilizar o espaço desta associação para aplicar os questionários necessários.

Tenho como tutor o Professor Dr. Francisco. Javier Serrano (departamento de Psicologia Social), co-diretoras as Professoras – Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menendez Montañes (departamento de Psicologia Evolutiva e Educação) e Dra. Juana Gomez Benito (departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento), professores da Faculdade de Psicologia da Universitat de Barcelona, e co-orientador o Professor Geraldo Luiz Oliveira de Resende (curso de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei).

Ressalto que sua colaboração será de grande importância na coleta de dados do trabalho de campo, como complementação de minha tese de doutorado. As informações serão utilizadas estritamente para fins de pesquisa científica preservando o anonimato dos sujeitos envolvidos e dessa instituição.

Conto com a valiosa colaboração de V. S<sup>a</sup> e me coloco a vossa disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo.  
Doutoranda do curso de Psicologia Social da Facultad de Psicologia da Universitat de Barcelona.

São João Del Rei, 16 de abril de 2008

Ao

Exmo. Sr: Jorge Luiz Sandim

Diretor da Associação dos Corredores de Rua de São João Del Rei

São João Del Rei - MG

Prezado Senhor,

Eu, Rosanna Mazzarello Martins D'Angelo, doutoranda do curso de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da UB (Universidad de Barcelona), Espanha, venho solicitar sua colaboração para contatar e aceder aos jovens participantes dessa associação assim como a seus pais, quando o jovem for menor de idade. O objetivo desde contato é realizar uma investigação científica para minha tese de doutorado sobre a Codependência em adolescentes, atos infratores e atividades esportivas. Igualmente, solicito a permissão para utilizar o espaço desta associação para aplicar os questionários necessários.

Tenho como tutor o Professor Dr. Francisco. Javier Serrano (departamento de Psicologia Social), co-diretoras as Professoras – Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menendez Montañes (departamento de Psicologia Evolutiva e Educação) e Dra. Juana Gomez Benito (departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento), professores da Faculdade de Psicologia da Universidad de Barcelona, e co-orientador o Professor Geraldo Luiz Oliveira de Resende (curso de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei).

Ressalto que sua colaboração será de grande importância na coleta de dados do trabalho de campo, como complementação de minha tese de doutorado. As informações serão utilizadas estritamente para fins de pesquisa científica preservando o anonimato dos sujeitos envolvidos.

Conto com a valiosa colaboração de Vossa Exa. e me coloco a vossa disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Rosanna Mazzarello Martins D'Angelo.  
Doutoranda do curso de Psicologia Social da Facultad de Psicologia da Universidad de Barcelona.

São João Del Rei, 16 de abril de 2008

Ao

Exmos. Srs: Pablo Vinicius Santana Prachedes e Ulisses Magalhães

Coordenadores Gerais do Projeto “Jovens na Ativa”

São João Del Rei - MG

Prezados Senhores,

Eu, Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo, doutoranda do curso de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da UB (Universitat de Barcelona), Espanha, venho solicitar sua colaboração para contatar e aceder aos jovens participantes dessa associação assim como a seus pais, quando o jovem for menor de idade. O objetivo desde contato é realizar uma investigação científica para minha tese de doutorado sobre a Codependência em adolescentes, atos infratores e atividades esportivas. Igualmente, solicito a permissão para utilizar o espaço desta associação para aplicar os questionários necessários.

Tenho como tutor o Professor Dr. Francisco. Javier Serrano (departamento de Psicologia Social), co-diretoras as Professoras – Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menendez Montañes (departamento de Psicologia Evolutiva e Educação) e Dra. Juana Gomez Benito (departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento), professores da Faculdade de Psicologia da Universitat de Barcelona, e co-orientador o Professor Geraldo Luiz Oliveira de Resende (curso de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei).

Ressalto que sua colaboração será de grande importância na coleta de dados do trabalho de campo, como complementação de minha tese de doutorado. As informações serão utilizadas estritamente para fins de pesquisa científica preservando o anonimato dos sujeitos envolvidos.

Conto com a valiosa colaboração de Vossas Exas. e me coloco a vossa disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo.  
Doutoranda do curso de Psicologia Social da Facultad de Psicologia da Universitat de Barcelona.

São João Del Rei, 16 de abril de 2008

Ao

Exmos. Srs: Domingos e Douglas

Coordenadores do Grupo de Teatro “Núcleo Cultural Brasil é Arte.”

São João Del Rei - MG

Prezados Senhores,

Eu, Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo, doutoranda do curso de Psicologia Social da Faculdade de Psicologia da UB (Universitat de Barcelona), Espanha, venho solicitar sua colaboração para contatar e aceder aos jovens participantes dessa associação assim como a seus pais, quando o jovem for menor de idade. O objetivo desde contato é realizar uma investigação científica para minha tese de doutorado sobre a Codependência em adolescentes, atos infratores e atividades esportivas. Igualmente, solicito a permissão para utilizar o espaço desta associação para aplicar os questionários necessários.

Tenho como tutor o Professor Dr. Francisco. Javier Serrano (departamento de Psicologia Social), co-diretoras as Professoras – Dra. M<sup>a</sup> Concepción Menendez Montañes (departamento de Psicologia Evolutiva e Educação) e Dra. Juana Gomez Benito (departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento), professores da Faculdade de Psicologia da Universitat de Barcelona, e co-orientador o Professor Geraldo Luiz Oliveira de Resende (curso de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei).

Ressalto que sua colaboração será de grande importância na coleta de dados do trabalho de campo, como complementação de minha tese de doutorado. As informações serão utilizadas estritamente para fins de pesquisa científica preservando o anonimato dos sujeitos envolvidos.

Conto com a valiosa colaboração de Vossas Exas. e me coloco a vossa disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Rosanna Mazzarello Martins D’Angelo.  
Doutoranda do curso de Psicologia Social da Facultad de Psicologia da Universitat de Barcelona.

## ANEXO 14

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Análise da Codependência em Menores Infratores.”. O objetivo deste estudo é verificar a relação entre Codependência, Atividades esportivas e Atos infratores e analisar se a Codependência pode favorecer ou não o desenvolvimento dos atos infratores. Com esta pesquisa teremos os dados que necessitamos para verificar como poderemos ajudar aos adolescentes com problemas e seus familiares. Caso você participe, será necessário de uma a três horas do seu tempo para responder a questionários por escrito e entrevistas orais.

- Não há riscos ou desconfortos no estudo: está sendo informado de que não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar apresentar justificativa para isso. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Você não terá nenhum benefício ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrente da pesquisa. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

São João del-Rei...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Rosanna Mazzarello Martins de Moura  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Geraldo Luiz de Oliveira Resende  
Pesquisador orientador

Telefone de contato do pesquisador: (032) 3371-1260

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – [cepes@ufsj.edu.br](mailto:cepes@ufsj.edu.br) / (32) 3379-2413.

OBS: Este termo apresenta duas vias, uma destinada ao voluntário e outra a pesquisadora.

## ANEXO 15



SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SEDESE  
DIRETORIA REGIONAL DE SÃO JOÃO DEL REI

# CERTIFICADO

*Certificamos que \_\_\_\_\_,  
participou como voluntário(a) na pesquisa do projeto “Análise da Codependência nos Jovens Infratores”, realizada pela  
pesquisadora coordenadora Rosanna Mazzarello Martins de Moura, doutorando pela Universitat de Barcelona – UB, e  
pelo pesquisador orientador prof. Geraldo Luiz de Oliveira Resende, da Universidade Federal de São João Del Rei –  
UFSJ, realizada no dia \_\_\_\_\_, com a colaboração da Diretoria Regional da Secretaria  
de Estado de Desenvolvimento Social- SEDESE.*

*São João Del Rei, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008*

*Rosanna Mazzarello Martins de Moura  
Resende  
Pesquisadora Coordenadora - UB  
UFSJ*

*Geraldo Luiz de Oliveira  
Pesquisador Orientador -*

*Ilda Rosa de Souza Cunha  
Coordenadora do Projeto CRE/SER*

**Anexo 16. Esquema de codificación de las variables del archivo de trabajo SPSS 15.**

Nombre de la Variable	Ubicación	Etiqueta	Nivel de medida
inst	1	Institución	Nominal
nd	2	Nº Identificación	Nominal
gen	3	Género	Nominal
raz	4	Raza	Nominal
edad	5	Edad	Escala
eda	6	Edad rango	Ordinal
rel	7	Religión	Nominal
esc	8	Escolaridad	Ordinal
ren	9	Renta familiar	Ordinal
fpc	10	Relación con familiar/amistad con problema de comportamiento	Nominal
fec	11	Relación con familiar enfermo crónico	Nominal
vam	12	Victima de abuso/maltratos	Nominal
cprp	13	Calidad percibida de la relación con los padres	Nominal
epm	14	Estilo parental materno	Nominal
epp	15	Estilo parental paterno	Nominal
pfa	16	Posee familiar alcohólico	Nominal
pdfq	17	Posee familiar dependiente químico	Nominal
df	18	Disfunción familiar	Ordinal
df2	19	Disfunción familiar 2ª categorización	Ordinal
df3	20	Disfunción familiar 3ª categorización	Nominal
caq	21	Codependiente CAQ	Nominal
acaq	22	Áreas CAQ comprometidas	Escala
mie	23	Miedo	Ordinal
vergcul	24	Vergüenza/culpa	Ordinal
despp	25	Desesperanza prolongada	Ordinal
rab	26	Rabia	Ordinal
neg	27	Negación	Ordinal
rig	28	Rigidez	Ordinal
des	29	Desarrollo	Ordinal
conf	30	Confusión	Ordinal
ncdsf	31	Niveles CD SF CDS	Ordinal
psf	32	Puntos CD SFCD	Escala
perg1	33	Pregunta SF CDS nº1	Escala
perg2	34	Pregunta SF CDS nº2	Escala
perg3	35	Pregunta SF CDS nº3	Escala
perg4	36	Pregunta SF CDS nº4	Escala
perg5	37	Pregunta SF CDS nº5	Escala
perg6	38	Pregunta SF CDS nº6	Escala
perg7	39	Pregunta SF CDS nº7	Escala
perg8	40	Pregunta SF CDS nº8	Escala
perg9	41	Pregunta SF CDS nº9	Escala
perg10	42	Pregunta SF CDS nº10	Escala
perg11	43	Pregunta SF CDS nº11	Escala
perg12	44	Pregunta SF CDS nº12	Escala
perg13	45	Pregunta SF CDS nº13	Escala
perg14	46	Pregunta SF CDS nº14	Escala
perg15	47	Pregunta SF CDS nº15	Escala
perg16	48	Pregunta SF CDS nº16	Escala
tc	49	Trastorno de conducta	Nominal
as	50	Abuso de sustancia	Nominal
ds	51	Dependencia de sustancia	Nominal

**Anexo 17. Valores de las variables ordinales y nominales SPSS**

Nombre de las variables ordinales y nominales	Valor	Etiqueta SPSS
inst	1	ICRPS
	2	ID
gen	1	Masculino
	2	Femenino
raz	0	No sabe/ No contesta
	1	Negra
eda	2	Blanca
	1	14 a 15 años
rel	2	16 a 17 años
	3	18 a 19 años
	0	No sabe/No contesta
esc	1	Católica
	2	Evangélica
	1	1º Grado incompleto
ren	2	1º Grado completo
	3	2º Grado incompleto
	0	No sabe/ No contesta
fpc	1	Hasta 2 sueldos mínimos (830 reais)
	2	Más de 2 sueldos mínimos (831 reais)
	0	No sabe/ No contesta
fec	1	No
	2	Sí
	0	No sabe/No contesta
vam	1	No
	2	Sí
	0	No sabe/No contesta
cprp	1	Buena
	2	Excelente
	3	Más o menos
	4	Ruin
	5	Indiferente
epm	0	No sabe/No contesta
	1	Participativo
	2	Negligente
	3	Autoritario
	4	Permisivo
epp	5	Multirepuesta
	0	No sabe/No contesta
	1	Participativo
	2	Negligente
	3	Autoritario
pfa	4	Permisivo
	5	Multirepuesta
	0	No sabe/No contesta
	1	No
	2	Sí
pfdq	0	No sabe/No contesta
	1	No
	2	Sí
df	0	ninguna disfunción familiar

	1	1 a 2 disfunciones familiares
	2	3 a 5 disfunciones familiares
	3	6 a 8 disfunciones familiares
df2	0	ninguna disfunción familiar
	1	baja disfunción familiar (1 a 4 ítems)
	2	alta disfunción familiar (5 a 8 ítems)
df3	1	No
	2	Sí
caq	1	No
	2	Sí
mie	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
vergcul	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
despp	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
rab	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
neg	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
rig	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
des	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
conf	1	Menos de dos respuestas positivas
	2	Más de dos respuestas positivas
ncdsf	1	Baja codependencia
	2	Media codependencia
	3	Alta codependencia
tc	1	No
	2	Sí
as	1	No
	2	Sí
ds	1	No
	2	Sí

---

## ANEXOS RELATIVOS A LAS PUBLICACIONES

### TRABAJOS REALIZADOS Y EN REALIZACIÓN – 15/05/12

#### A. ARTÍCULOS:

1. Artículo bibliométrico: “Codependência: Análise bibliométrica de documentos da Base de Dados PsycINFO (1978-2008).”

**Artículo publicado** en *Revista de Psicologia Plural*, 32, Jul/Dec., 2010, pp.93-113.  
Revista de la Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, de la Universidade FUMEC (Fundação Mineira de Educação e Cultura), de Belo Horizonte, Minas Gerais (BR). (Prof. Sérgio Laia).

ISBN/ISSN 1678-7331 (semestral)

Evaluada Local A por el sistema de clasificación Qualis/Capes.

Avaliação de Periódicos 2010 por CAPES: *Qualis*: B5

Autores: Rosanna Mazzarello Martins-D'Angelo, Concha Menéndez Montañés, Juana Gomes-Benito, Yamila Fernanda Silva Peralta.

2. Artículo Bibliométrico: “Codependencia y sus instrumentos de evaluación: Un estudio documental.”

**Artículo publicado** en *Revista Avaliação Psicológica*, 10(2), agosto, 2011, pp. 139-150. Revista oficial del Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, editada en conjunto con la Casa do Psicólogo. (BR). (Ana Paula Porto Noronha).

ISSN: 1677-0471 Impreso (semestral)

Avaliação de Periódicos 2010 por CAPES: *Qualis* B3

Autores: Rosanna Mazzarello Martins-D'Angelo, Concha Menéndez Montañés, Juana Gomes-Benito, Yamila Fernanda Silva Peralta.

**Artículo disponible en:**

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

3. Artículo: “Depresión y/o Codependencia en mujeres: Necesidad de un diagnóstico diferencial.”

**Artículo publicado** en la *Revista Barbarói*, 34(7), jan/jul, 2011, pp. 125-145. Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia. UNIC – Universidade de Santa Cruz do Sul. (Silvia Virginia Coutinho Areosa)

Avaliação de Periódicos 2010 por CAPES: *Qualis* B1 en Servicio Social y B2 en Psicología.

ISSN – 1982-2022 on-line (semestral)

ISNN – 0104-6578 impresso (semestral)

Autores: Rosanna Mazzarello Martins-D'Angelo, Concha Menéndez Montañés.

**Artículo Disponible en:**

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782011000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

4. Artículo: “Codependencia y depresión en adultos mayores.”

**Artículo a espera de asignación**, enviado en 20 de septiembre de 2011 a *Revista Latinoamericana de Psicología*, publicación del Fundación Universitaria Konrad Lorenz- FUKL (Colombia) publicación cuatrimestral.

ISSN: 0120-0534 (versión impresa)

Avaliação de Periódicos por CAPES 2010: A1

Factor de impacto: 0.388

Autores: Rosanna Mazzarello Martins-D'Angelo y Concha Menéndez Montañés.

5. Artículo: “Aspectos psicológicos de la codependencia evaluados con SF CDS, CAQ y CAI.”

**Artículo en elaboración** a ser enviado a *Psicologia: Reflexão e Crítica* revista trimestral del Programa de Posgrado en Psicología de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (UFRGS. Impreso)

Avaliação de Periódicos 2010 por CAPES: A1

Factor de impacto ISI 2010: 1,124

ISSN 0102-7972 *versión impresa*

ISSN 1678-7153 *versión online*

Otra opción: *Revista Psicologia em Revista* del Instituto de Psicología de la Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas).

Evaluada Local A por el sistema de clasificación Qualis/Capes.

Avaliação de Periódicos 2010: B2

1677-1168 *impresa (semestral)*

1678-9563 *online (cuatrimestral)*

Autores: Rosanna Mazzarello Martins-D'Angelo y Concha Menéndez Montañés.

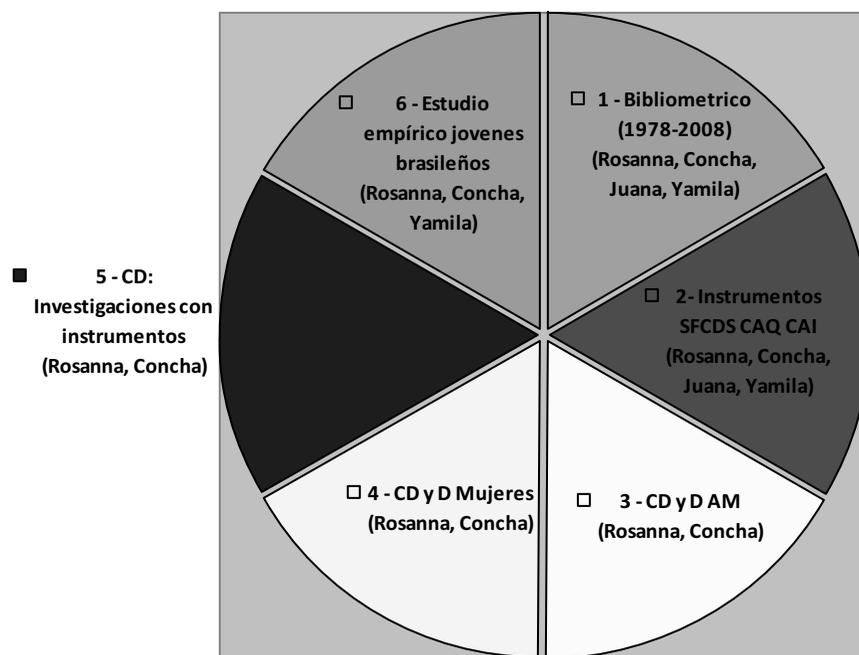
6. Artículo: “Codependencia y Conductas de Riesgo Psicosocial en Jóvenes Brasileños.”

**Artículo a espera de aprobación** enviado en 02 de enero de 201 a la *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*, revista editada conjuntamente por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) y por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Factor de impacto: 1.066

ISSN: 1136-5420 (cuatrimestral)

Autores: Rosanna Mazzarello Martins-D'Angelo y Concha Menéndez Montañés, Yamila Fernanda Silva Peralta.



## **TESIS:**

**En proceso de revisión:** “Estudio sobre la codependencia y su influencia en las Conductas de Riesgo Psicosocial de los jóvenes brasileños de 14 a 19 años.”

## **POSTER**

Poster: “Resiliencia: su importância em el bienestar de las personas codependientes. Resumen aceptado en 04 de octubre de 2011 y **poster presentado** en los días 20 y 21 de octubre de 2011, en *la1ª Conferência Brasileira de Psicologia Positiva – Evento com Martin Seligman*. En la ciudad de Rio de Janeiro – Brasil. Organizada por la *“ASSOCIAÇÃO DE PSICOLOGIA POSITIVA DA AMERICA LATINA” (APPAL)*.

Autores: M<sup>a</sup> Luzia Couto Teixeira, Rosanna Mazzarello Martins-D’Angelo, Concha Menéndez Montañés.

**Resumen disponible en:** <http://www.appal-online.org/articulo/resiliencia-su-importancia-en-el-bienestar-de-las-personas-codependientes/>

## **PALESTRA**

Palestra: “Codependencia: más allá de la dependencia química.”. Realizada en la Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Brasil, en 20 de abril de 2012.