

**CODEPENDENCIA Y GÉNERO EN LA RELACIÓN DE PAREJA:
UN ESTUDIO DE TAMIZAJE EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**
CODEPENDENCY AND GENDER IN THE RELATIONSHIP: A SCREENING STUDY IN
UNDERGRADUATE STUDENTS

Miriam Sánchez Angeles
Campus Universitario Siglo XXI

Correspondencia: miriam.sanchez@cus21.edu.mx

RESUMEN

Este trabajo estableció como objetivo explorar el comportamiento del Instrumento de Codependencia (ICOD) como prueba para detectar codependencia en relaciones de pareja, a nivel de tamizaje en una población general de alumnos de estudios profesionales en una institución de educación superior, analizando las diferencias por género. La muestra final se integró por 615 estudiantes universitarios de diez licenciaturas (422 mujeres, 193 hombres; con edades entre 17 a 34 años; $M=20.7$; $DE=1.74$). El análisis por factores mostró que no hay diferencias significativas por género, pero los puntajes globales muestran mayor grado de codependencia en hombres ($M=20.3$; $DE=12.7$) que en mujeres ($M=18.4$; $DE=12.3$), así como una mayor proporción de casos probables en hombres (16.1%) que en mujeres (14.5%). A partir de los resultados se sugiere desarrollar un modelo de normas de interpretación que permita mayor fineza discriminativa en el diagnóstico, ya que, debido a la alta variabilidad encontrada (coeficiente de variación de 65.3% para puntajes globales) no es recomendable el modelo normal.

Palabras clave: Codependencia, género, tamizaje, educación superior.

ABSTRACT

This paper explores the performance of the Instrument of Codependency (ICOD) has a test to detect codependency in couple relationships at the level of screening in a group of undergraduate students at a school of Higher Education, in order to study gender differences. The final sample was composed by 615 undergraduate students of ten major programs (422 women, 193 men; with ages between 17 and 34 years; $M=20.7$; $SD=1.74$). Factor analysis showed no significant gender differences. However, the overall scores show more codependency in men ($M=20.3$; $SD=12.7$) over women ($M=18.4$; $SD=12.3$). From these results, it is suggested to develop model of norms for interpretation that allow greater discriminative accuracy in the diagnosis, mostly because the high variability found (coefficient of variation of 65.3 for global scores) is not recommended in the normal model.

Key words: Codependency, gender, screening, higher education.

INTRODUCCIÓN

En este apartado se hará un breve repaso evolutivo sobre el tema de la codependencia. Iniciando con los descubrimientos que Konrad Lorenz observó al estudiar la conducta de gansos, de los que particularmente notó que, siendo recién nacidos, desarrollaban un fuerte lazo que los unía a su madre, que en la mayoría de las ocasiones era el primer ser vivo al que veían moverse.

Este lazo –al que ahora se le llama apego- tenía gran importancia en términos evolutivos ya que proveía a la cría de protección y entrenamiento que resultaban fundamentales para su supervivencia. Aunado a lo anterior, también observó que cuando el ganso recién nacido no encontraba a su madre, establecía el lazo con cualquier ser vivo que se encontrara cerca, aun cuando no fuera de su propia especie; esto ocurría incluso con objetos inanimados que se movían. A este patrón conductual le llamó impronta (Lorenz, 1937). Así, es posible ver a la impronta como un proceso antecesor del apego.

Por su parte, Hess planteó que la impronta es un proceso de aprendizaje genéticamente programado, que incluye por parte del animal la adquisición de ciertas metas específicas durante un periodo crítico del desarrollo; esta adquisición ocurre conforme a las leyes de primacía y permanencia (citado en Sluking, 1975).

Más adelante y basado en experimentos con monos, Harlow (1958) siguiendo esta misma línea de estudio biológico, trató de identificar cuál era la base del vínculo que se formaba entre el mono y su madre. Harlow partió de la hipótesis de que, el vínculo de apego se formaría con el cuidador que proveía alimento. Sin embargo, encontró que los monos preferían a una figura que les proporcionaba calidez táctil; es decir, preferían a quien daba confort emocional sobre aquellos que sólo proporcionaba alimento.

En este trabajo es posible observar un salto hacia el estudio en mamíferos, sujetos que comparten conductas parecidas con el ser humano; visualizando aquí una aportación en el tema que se trabaja en este estudio.

Fue la distancia evolutiva existente entre las aves, los mamíferos y el ser humano lo que hizo que se desarrollaran modelos teóricos más complejos para analizar el apego en áreas que van desde el género hasta las adicciones, particularmente en sus manifestaciones patológicas (Adriaens & Block, 2011; Bravo, Echeburúa & Aizpiri, 2007). Por ejemplo, Dollar y Miller (1950) desarrollaron una teoría del comportamiento que fundamentaba el apego entre el niño y su madre en función de la alimentación.

Poco tiempo bastó para que otro autor definiera este concepto no sólo basado en las funciones de alimentación sino en función del vínculo social, emocional y cognitivo que se da entre madre e hijo. Bowlby (1969) quien definió al apego como “un lazo profundo y duradero que vincula a una persona con otra a través del tiempo y el espacio; en palabras más simples, es una conectividad psicológica duradera entre seres humanos” (p.194). Bowlby es uno de los autores que aporta un desarrollo notable en este sentido.

Cuando un niño se desenvuelve puede desarrollar apego hacia otras personas significativas, trátase de progenitores, maestros o personas con las cuales se han formado vínculos duraderos que lo acompañan toda la vida. Al respecto Moneta (2014) considera que:

el apego surgido de la relación del recién nacido con su madre o con un cuidador principal que se supone es constante y receptivo a sus señales, inicia un proceso que no termina con el parto o la lactancia, sino que se prolonga por continuidad o transferencia a todas las relaciones afectivas en la vida (p. 266).

El comportamiento de apego es considerado también como una clase de conducta social de una importancia equivalente a la de las manifestaciones parentales y las de apareamiento. Hazan y Shaver (1994) propusieron que las relaciones de pareja pueden conceptualizarse como relaciones de apego pues “se encuentran influidas por experiencias primarias vividas con los cuidadores y que frecuentemente son internalizadas en los modelos operativos internos, que se definen como las representaciones o esquemas que un individuo tiene de sí mismo y de los otros” (p.3-4). Estos modelos orientan la manera en que las personas funcionan en diversos contextos interpersonales en los que destacan aquellos que favorecen la intimidad y deben considerarse para comprender relaciones disfuncionales que devienen en trastornos psicológicos.

Hasta este momento se han presentado antecedentes teóricos sobre el apego. En los siguientes párrafos, se expondrán los fundamentos que resaltan la posibilidad de desarrollar estilos de apego poco saludables con otros seres humanos.

Uno de los primeros trastornos que se identificó relacionado con el apego es la personalidad dependiente en la edad adulta. El diagnóstico de este cuadro -al igual que el concepto- ha evolucionado desde la personalidad pasiva-dependiente, que fue caracterizada por la *American Psychiatric Association* en el *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) como “un estado de desamparo, indecisión y tendencia a adherirse a otros tal como lo haría un pequeño dependiente a sus padres” (APA, 1952,

p.37). En su segunda versión, el DSM-II excluye el tipo de personalidad dependiente, dejando sólo la personalidad pasiva-agresiva (APA, 1968). Resulta interesante que en el DSM-III vuelve a incluirse la personalidad dependiente estableciendo tres criterios diagnósticos:

- 1) Actitud permisiva a que otros asuman responsabilidades en áreas importantes de su vida debido a una incapacidad de funcionar de manera independiente
- 2) Subordinación de las propias necesidades por las de otras personas de las que depende, con el fin de evitar cualquier posibilidad de depender de sí mismo, y
- 3) Falta de autoconfianza (APA, 1980, p.324-326).

El DSM-IV mantiene la categoría de personalidad dependiente, pero aumenta a ocho la cifra del criterio diagnóstico:

- 1) Dificultad para tomar decisiones cotidianas si no se ha recibido una cantidad excesiva de consejo y de seguridad de otros
- 2) Necesidad de que otros asuman responsabilidades en la mayoría de las áreas de su vida
- 3) Dificultad para expresar opiniones diferentes con otros por miedo a perder su aprobación o apoyo (No se incluyen miedos realistas de venganza)
- 4) Dificultad para iniciar proyectos o comenzar a hacer cosas por sí mismo (debido a una falta de confianza en el propio juicio o en las habilidades y no debido a una falta de motivación o energía)
- 5) Recorre largas distancias para obtener sustento y apoyo de otros, hasta el punto de ofrecerse como voluntario en actividades que son desagradables
- 6) Se siente incómodo o indefenso cuando se encuentra solo pues sobreestima sus temores de ser incapaz de cuidarse a sí mismo o a otros
- 7) Busca con urgencia estar en relaciones como fuente de cuidado y apoyo cuando una relación previa termina
- 8) Tiene una preocupación poco realista con miedos de ser abandonado para cuidarse a sí mismo.

Finalmente, el DSM-5 mantiene tanto la categoría como los criterios diagnósticos para la personalidad dependiente (APA, 2015).

Cermack (1986) propuso criterios diagnósticos para el desorden de la personalidad codependiente al DSM, que no fueron aceptados; en consecuencia, estamos ante un trastorno psicológico emergente que no aparece como una categoría diagnóstica en las versiones del DSM como ya vimos ni tampoco en la revisión que se realizó en el CIE-10 (OMS, 2003). Paralelamente a la evolución de los criterios de diagnóstico clínico institucionalizados; en la década de los setenta, como consecuencia del creciente número de personas que se volvían dependientes al consumo de drogas, principalmente alcohol y narcóticos, comenzó a volverse evidente un nuevo trastorno psicológico; si existían dependientes a las drogas, también se encontraban sujetos que se volvían psicológicamente dependientes del adicto, a este trastorno se le llamó codependencia (Cocores, citado en Mansilla, 2002).

El término indica que el sujeto codependiente sirve psicológicamente a un sujeto drogodependiente. Más tarde, el término se extendería a sujetos que se volvían dependientes de otros sujetos con enfermedades crónico-degenerativas y de quienes practican profesiones altamente demandantes; se incluyó a esto la violencia de pareja y a otros (Mansilla, 2002).

Al abordar este tema desde una perspectiva de género, Beattie (1997) definió a la persona codependiente como “aquella que permite que el comportamiento de otra persona afecte al propio y que está obsesionada por controlar el comportamiento de esa persona. Esa persona puede ser un niño, un adulto, un amante, un esposo, un hermano, una hermana, un padre, un cliente o un mejor amigo”(p. 34).

Hagan (citada en Cowan & Warren, 1994) amplía estos criterios a seis: necesidad de referencias externas (tendencia a validarse por elementos externos antes de tomar decisiones), martirio (excesivo cuidado por otros sacrificando las propias necesidades, sintiéndose no apreciada y con resentimiento, negando incluso los propios sentimientos), baja autoestima, comportamiento controlador (manipulando desde la posición de víctima

y la actitud rescatadora), desmoralización (sentimiento de desesperanza, desesperación, indefensividad, impotencia) lo que deriva en un sentimiento de valía al ser necesitado.

Derivado de éstas y otras descripciones uno podría pensar que existen similitudes entre los signos de la codependencia y los roles tradicionales asignados al género femenino. De hecho, Wilson Schaef (citada en Cowan & Warren, 1994) mencionó que las características de la codependencia son parecidas a aquellas que describen a las mujeres identificadas como “tradicionales”.

Al respecto Barrios (2003) menciona que el género tradicional femenino está dirigido hacia la crianza de los hijos, la vida doméstica, el otorgar educación sentimental, brindar servicio y protección a los hijos. Esta falta de flexibilidad en los roles, se vincula con los estereotipos que genera una sociedad para aquello que es femenino y masculino.

Una de las influencias para una conformación del género se encuentra en la educación que reciben los sujetos desde niños; a esto Bandura y Walters (1978, p.9) lo denominan representación de rol que “se refiere al proceso por el cual, mediante la imitación de actividades adultas, el (la) niño(a) adquiere el dominio de pautas de comportamiento que se espera que tenga cuando sea adulto”.

El diagnóstico de la codependencia además, resulta consistente con los roles de crianza tradicionales de la mujer, de los que aquí se resalta la extrema sensibilidad a las necesidades ajenas y la complacencia en ayudar a otros.

Algunas de las críticas a este diagnóstico fueron realizadas por Tavis (1992) ya que nota que la codependencia tiende a etiquetar de manera patológica los roles de género en los que las mujeres han sido formadas y además aquellos roles en los que son incentivadas a seguir.

En este trabajo, aunado a estas tendencias, se considera que cuando la codependencia no es detectada, diagnosticada y tratada oportunamente deviene un trastorno que genera vergüenza, por la imposibilidad de comentarlo públicamente y además resulta incapacitante debido a que usualmente los sujetos codependientes permanecen en esa dinámica poco saludable (Beattie, 2007; Mellody, Miller y Miller, 2005; Bojalil, 2003).

Es precisamente aquí que la detección de un trastorno psicológico, de cualquier índole, requiere de instrumentos que permitan medir las conductas involucradas. Kelvin decía que la ciencia comienza cuando se comienza a medir; por lo que, desarrollar un constructo científico de la codependencia que supone al mismo tiempo construir instrumentos capaces de transformar en variables e indicadores capaces de medir las conductas que caracterizan a dicho constructo.

Este trabajo tuvo como propósito estudiar un instrumento para la detección de relaciones de codependencia en una población de estudiantes universitarios. Se partió del principio de que, una alternativa para este objetivo son las pruebas de tamizaje, actividades que constituyen instrumentos estandarizados permitiendo medir, en poblaciones completas, indicadores que apoyen a distinguir, entre quién puede presentar un trastorno determinado y quién no, aportando así criterios para filtrar a los individuos a quienes conviene canalizar a estudios más rigurosos con fines de diagnóstico. Además, permiten llegar a conclusiones estadísticas sobre la población en su conjunto. El instrumento seleccionado para dicho análisis fue el Instrumento de Codependencia (ICOD) desarrollado por Noriega (2011).

La construcción del ICOD se basó en la línea de investigación propuesta por Wright y Wright (1991; 1999, citados en Noriega y Ramos, 2002) y en la estructura de síntomas y rasgos de personalidad elaborada por Potter-Efron y Potter-Efron (1989, citados en Noriega y Ramos, 2002).

En dicha línea de investigación se definió a la codependencia como “un problema de la relación dependiente de la pareja, caracterizado por

frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, en los que la mujer está dedicada a atender las necesidades de su pareja y las de otras personas, sin tomar en cuenta las propias” (Noriega y Ramos, 2002, p. 42). El instrumento es autoadministrable, consta de 30 reactivos que se responden en una escala tipo Likert de 0 (nunca) a 3 (mucho) y se evalúan cuatro factores: 1. Mecanismos de negación; 2. Desarrollo incompleto de la identidad; 3. Represión emocional; y 4. Orientación rescatadora. El punto de corte que diferencia entre casos y no casos, minimizando el número de falsos positivos y de falsos negativos, se establece en un puntaje de 32 o superior.

Los estudios a los que fue sometido el instrumento mostraron para la confiabilidad un alpha de Cronbach total de 0.9201, variando por factor desde 0.7094 hasta 0.8797 y para la validez de criterio externo (obtenido contra el diagnóstico independiente de dos terapeutas) un índice de acuerdo de 0.9268, así como un valor kappa de 0.8409.

MÉTODO

Se realizó un estudio que planteó como objetivo, explorar el comportamiento del ICOD como un instrumento para detectar codependencia en la relación de pareja a nivel de tamizaje en una población general de alumnos de estudios profesionales en una institución de educación superior y estudiar las diferencias por género.

Participantes

La población se conformó por todos los alumnos inscritos en diez licenciaturas que se imparten en el Grupo Educativo Universitario Siglo XXI, una institución de régimen privado ubicada en Zinacantepec, un municipio conurbado con Toluca, México. El departamento de Control escolar reportó una matrícula total de 876 alumnos distribuidos en diez programas educativos: Administración, Comunicación, Contaduría, Economía, Gastronomía, Gerontología, Nutrición, Psicología, Relaciones Económicas Internacionales (REI) y Terapia Física y Rehabilitación (TFyR).

La aplicación se realizó en forma colectiva por un grupo escolar. Los aplicadores fueron estudiantes de psicología previamente capacitados en un curso de metodología de la investigación. Antes de la aplicación del instrumento se informó a la población estudiada el propósito de la investigación y se les aseguró que su identidad se mantendría en el anonimato y que podían declinar su participación; quienes declinaron su participación no recibieron formato del instrumento. Los estudiantes no recibieron compensación económica o de otro tipo por la participación.

Luego de depurar los instrumentos contestados, se obtuvieron 615 instrumentos completos, logrando una cobertura del 70.21% de la población. La distribución por género fue de 68.62% femenino y 31.38% masculino, un 1.13% omitió reportar su género y, en consecuencia, fue excluido del análisis. La edad osciló entre los 17 y 34 años ($M = 20.28$, $DE=1.79$).

Instrumento

Para seleccionar el instrumento aplicado en este estudio se consultó el trabajo de Martins, Menéndez, Gómez-Benito y Silva (2011). Se revisó la historia de la codependencia y los instrumentos psicométricos más citados en la base de datos PsycINFO. Finalmente, se identificaron 81 instrumentos y luego de un análisis cuantitativo se seleccionaron los tres más citados. El primero es la *Spann-Fischer Codependency Scale* (SF-CDS) desarrollado en 1991 por Fischer, Spann y Crawford (1991); se trata de un instrumento breve de auto informe formado por 16 reactivos que evalúan en una escala Likert de 6 puntos la codependencia como rasgos de personalidad agrupados en tres factores: extrema atención fuera de sí mismo, dificultad para expresar sentimientos y significado personal derivado de las relaciones con otros.

La validación del contenido se alcanzó mediante la consulta de expertos y un análisis factorial de respuestas de miembros de Al-Anon y un grupo de codependientes; en la validación convergente se encontró que la feminidad no correlacionó con la codependencia; en la validación discriminante se desecharon las variables edad, ocupación, ingresos, raza y familia de origen; para la fiabilidad se encontró un alfa de Cronbach de .77.

El segundo instrumento más citado fue el *Co-dependency Assessment Questionnaire* (CAQ) de Potter-Efron y Potter-Efron (1989) que mide el grado de deterioro del desarrollo y el funcionamiento individual provocado por la codependencia; es un cuestionario cerrado, de autoinforme formado por 34 reactivos que se responden en forma dicótoma (“Sí”, “No”) agrupados en 8 factores (sub escalas) para determinar los estados cognitivos y afectivos involucrados en el diagnóstico de codependencia, cada factor contiene de 3 a 6 reactivos; define al codependiente como alguien notoriamente afectado por una implicación, actual o pasada, con un alcohólico, un dependiente químico o un ambiente familiar altamente agotador durante largo tiempo. Para construir el instrumento se desarrollaron dos tablas, en la primera se colocaron los criterios de evaluación y en la segunda los reactivos para medir cada criterio; en diversos estudios se han encontrado alfas de Cronbach que apunta a una fiabilidad entre .53 y .87 (Meyer, 1997; Meyer y Russell, 1998).

El tercer instrumento es el *Friel Adult Child/Codependency Assessment Inventory* (CAI) desarrollado por Friel (1985) es una escala formada por 60 reactivos que se contestan Falso/Verdadero, presentando los reactivos impares en forma negativa y se puntúa directamente en el rango de 0 a 60; se centra en síntomas de núcleo aprendidos en la familia de origen, evaluando autocuidado, secretos, autocrítica y otros indicadores de codependencia; son escasos e incompletos los estudios de validez y fiabilidad encontrados sobre este instrumento, aunque en una revisión de Prest, Benson y Protinsky (1998) se reporta que el inventario demostró eficacia para distinguir entre familias funcionales y disfuncionales.

Después de esta revisión se decidió aplicar el ICOD (descrito más arriba) pues, según se mostró, resulta técnicamente más robusto que los tres anteriores, más actualizado y, sobre todo, más cercano a la cultura de la población objeto de estudio.

Procedimiento

Conforme a los objetivos de este estudio, se realizó una sola adaptación al instrumento original, consistente en ajustar la redacción de 8 de los 30 reactivos que forman el ICOD; se adaptaron los reactivos 12, 13, 17, 19, 20,

22, 27 y 28 para incluir a los dos géneros. Por ejemplo, el reactivo 12 dice “¿Cuándo está contenta, de pronto siente temor que algo malo suceda?” quedó adaptado a “¿Cuándo está contenta/o, de pronto siente temor que algo malo suceda?” (Los subrayados no aparecen en los instrumentos). Para obtener los puntajes brutos, tanto de factor como el general de codependencia, se sumaron los numerales marcados como respuesta en cada reactivo. Para comparar los puntajes por factor (toda vez que, como se muestra en la Tabla 1, el número de reactivos difiere entre los factores) se transformaron a proporciones respecto al valor máximo posible, los puntajes generales de codependencia se procesaron directamente. Cuando el puntaje de codependencia alcanza un valor de 32 o mayor se interpreta como posible caso de codependencia.

En la base de datos construida para la captura y procesamiento se identificó a los participantes con un número aleatorio sin duplicados. Después de la aplicación, las hojas de respuesta se revisaron, desechando aquellas que presentaban respuestas inválidas, ya sea por omisión o por marcar más de un cuadro en la escala. Para construir la base de datos en SPSS, un estudiante dictaba de la hoja de respuestas, otro capturaba y tercero supervisaba para detectar errores de captura. Se calificaron los instrumentos sumando el valor de respuesta por reactivo para obtener los puntajes por factor conforme a la ruta que se presenta en la tabla 1, así como el puntaje total del instrumento. El proceso completo de captura duró cuatro meses.

Tabla 1. Factores del ICOD

Factor	Reactivos
Mecanismo de Negación	4, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 29, 30
Desarrollo incompleto de la identidad	1, 2, 3, 5, 7, 13, 17, 26
Represión emocional	8, 12, 25, 27, 28
Orientación Rescatadora	6, 9, 10, 20, 21

Tomado de Noriega (2011).

RESULTADOS

Para explorar el comportamiento el ICOD como instrumento de detección de codependencia, en la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos. Desde los valores extremos de respuesta se apunta ya una gran variabilidad; en todos los casos los mínimos son cero, los valores máximos se analizaron como proporciones, toda vez que los rangos de puntajes difieren entre los factores del instrumento, promediando el 83.1% del rango. No obstante, el rango es un estadístico descriptivo poco confiable. Las desviaciones estándar, un estadístico mucho más robusto, confirman la alta variabilidad en las respuestas.

Para permitir comparaciones directas, se calcularon coeficientes de variación por factor y género, promediando 74.7%, lo que muestra una variabilidad tan amplia que hace recomendable buscar alternativas a la interpretación directa de puntajes que propone el manual del ICOD. Se volverá a este punto en la discusión de los resultados. Obsérvese que la misma situación se presenta con la variabilidad de los puntajes globales del instrumento, aunque el coeficiente de variación (65.3%) es menor que en los factores, sigue siendo demasiado alto para aceptarlo con fines de interpretación.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos

	Género	Min	Max	Me	M	DE	So
F1: Mecanismo de negación	Femenino	0	31	5	6.1	5.2	0.63
	Masculino	0	26	5	6.3	5.5	0.71
	Muestra	0	31	5	6.1	5.3	0.62
F2: Desarrollo incompleto de la personalidad	Femenino	0	21	4	5.3	3.9	1.00
	Masculino	0	17	5	5.9	3.7	0.73
	Muestra	0	21	5	5.5	3.8	0.39
F3: Represión emocional	Femenino	0	12	2	2.8	2.5	0.96
	Masculino	0	11	3	3.7	3.0	0.70
	Muestra	0	12	2	3.1	2.6	1.27
F4: Orientación rescatadora	Femenino	0	15	4	4.1	2.8	0.11
	Masculino	0	14	4	4.3	3.0	0.30
	Muestra	0	15	4	4.2	2.9	0.21

	Femenino	0	74	15	18.4	12.3	0.83
Puntaje de codependencia	Masculino	0	59	18	20.3	12.7	0.54
	Muestra	0	74	16	19.0	12.4	0.73

Tamaño de la muestra = 615, Femenino = 422, Masculino = 193.

Me: Mediana, So: Sesgo o coeficiente de asimetría de Pearson.

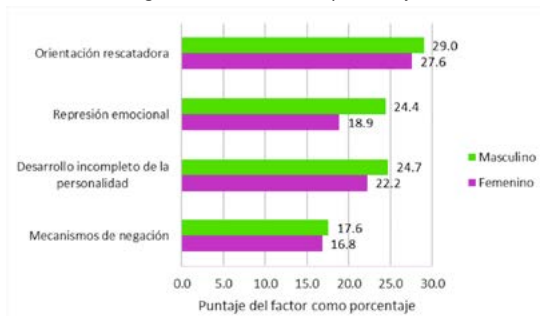
La escala estimativa que utiliza el ICOD es una variable ordinal en el conjunto {0, 1, 2, 3}, por lo que podría convenir el uso de la mediana como parámetro de diagnóstico, aunque el manual como es usual en este tipo de instrumentos utiliza la media. Para evaluar esta alternativa se calculó el sesgo (también llamado coeficiente de asimetría de Pearson) y se encontró que en el instrumento el promedio de sesgo por factor es de 0.64 y para el instrumento completo es de 0.73; el signo positivo de ambos valores indica que en la distribución prevalecen los puntajes de codependencia inferiores a la media. Por su tamaño, menor que la unidad, puede considerarse que el uso de la media como parámetro para el diagnóstico no afecta a la interpretación de un sujeto dentro de su población de referencia. En cualquier caso, no incrementa los diagnósticos de falso-negativo porque –aunque se trata de casos excepcionales- a un sujeto que quedara ubicado muy cerca por debajo del punto de corte, lo diagnosticaría como caso; aunque no es razonable esperar este grado de precisión en un instrumento que mide en el nivel ordinal. En consecuencia, de aquí en adelante se usa a la media, tal como lo hace el manual, como parámetro para describir el comportamiento del instrumento.

La media de codependencia en la población estudiada es de 19.0 (en el rango de puntajes de 0 a 90). Ahora, tomando al puntaje de 32, que es el punto de corte para diagnosticar caso de codependencia, se contaron 92 sujetos (15.0% de la muestra) que lo superaron y, por tanto, constituyen casos para estudios confirmatorios. Se analizará esta proporción de casos en la discusión.

Para analizar los resultados por género, se comenzará por los factores, con el fin de explorar el comportamiento interno del instrumento. Nuevamente, puesto que varía el número de reactivos por factor, en la Figura 1 se presentan

los resultados como porcentajes para permitir su comparación directa. Lo primero que resalta al observar las barras es que los puntajes masculinos superan a los femeninos en los cuatro factores. Esto es notable y debe considerarse para la discusión de los resultados. Sin embargo, en términos estadísticos, al probar la significación de la diferencia entre proporciones se encuentra que en ningún factor existe diferencia significativa entre los puntajes de ambos géneros ($Z_1=-.22$; $Z_2=.67$; $Z_3=-1.52$; $Z_4=-0.36$; valor crítico de prueba 1.96, con un nivel de confianza de .95); los signos negativos indican que los puntajes femeninos son menores que los masculinos.

Figura 1. Resultados en porcentajes



Fuente: Elaboración propia

Teniendo presente que las diferencias no son estadísticamente significativas, pasemos a analizar las implicaciones teóricas de este trabajo en términos del manual del instrumento (Noriega, 2011):

El Factor 1. Mecanismos de negación, es el que menor diferencia presenta en términos de puntajes; tanto el estrato femenino como el masculino tienen similar propensión a evitar enfrentar una realidad difícil, lo que lleva al sujeto a calificar sus pensamientos y emociones mediante autoengaños y justificaciones, a tener dificultades para establecer límites con la pareja y a experimentar confusión al pensar en los problemas de la pareja sin reconocer sus propios problemas personales.

En el Factor 2. Desarrollo incompleto de la personalidad, también se encuentra una diferencia pequeña, aunque mayor en hombres que en mujeres. Este factor evalúa las tendencias del sujeto a tomar una responsabilidad precoz

al invertir el papel de padre o madre y quedar atrapado en una simbiosis que no resulta con ellos, esperando algún día cubrir sus necesidades de apoyo, cuidado y protección; esto le lleva a compensar sus sentimientos de miedo e inseguridad mediante la atención a las necesidades de otro.

Al presentar las mujeres una media de puntajes menor que los hombres, significa que tienen resuelta esta problemática mejor que ellos. Aunque la diferencia de puntajes no es significativa estadísticamente, no deja de ser sorprendente este resultado en una sociedad a la que reiteradamente se le califica de machista.

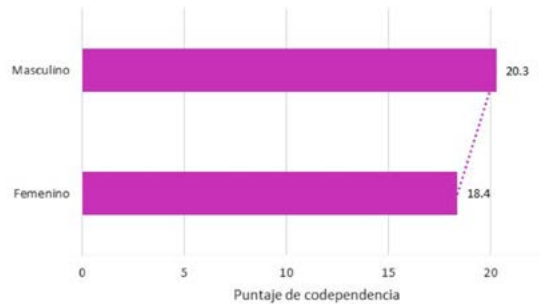
El Factor 3. Represión emocional, que evalúa la tendencia del sujeto a no expresar su disgusto por temor a ocasionar problemas y perder la aceptación de los demás, a reprimir sus emociones y sentimientos tratando de ser prudente y comprensivo con todos, procurado mantener el control de las situaciones para evitar conflictos, discusiones o situaciones desagradables; se presenta con mayor fuerza en los hombres que en las mujeres. Es en este factor donde se encontró mayor diferencia entre puntajes. Aunque tampoco llegó a ser estadísticamente significativa, podría ser interesante para futuros estudios comparar el grado en que reprimen sus emociones hombres y mujeres en poblaciones de estudiantes universitarios.

Por último, los resultados del Factor 4. Orientación rescatadora, muestran que la tendencia a tratar de controlar su ambiente tratado de resolver los problemas de los demás, desarrollando actitudes de perfeccionismo, trabajo desmedido y exagerada responsabilidad a comprometerse de manera abnegada con situaciones que disgustan o agotan al sujeto, pero que lo hacen sentirse querido y valorado por los demás, es similar en hombres y mujeres, aunque con una mínima prevalencia en hombres.

Ahora, para concluir, se analizarán los resultados del instrumento completo por género. En este caso se utilizan directamente los puntajes medios globales del instrumento, pues el diagnóstico se realiza a partir de ellos y aquí no se presentan cambios de escala a diferencia de los puntajes por factor. En la Figura 2 se observa que el género masculino puntúa por encima

del femenino en codependencia. En este caso, con una prueba estadística más sensible que la de proporciones, se encontró que existen diferencias significativas entre los puntajes medios por género femenino versus masculino ($T=-1.72$, valor crítico de prueba 1.65 con un nivel de confianza de .95); el valor negativo indica que las mujeres puntúan por debajo de los hombres. En consecuencia, se concluye con un nivel de confianza del 95% que en la población estudiada los hombres presentan mayor nivel de codependencia que las mujeres.

Figura 2. Puntajes de codependencia, expresados como medias



Fuente: Elaboración Propia.

Esta conclusión resulta congruente con el análisis interno por factores del instrumento, pero ahora se vuelve categórica al probarse que la diferencia es estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

En los estudios psicopatológicos la detección permite intervenir oportunamente en la atención a los trastornos de la conducta. Cuando se trabaja con poblaciones grandes, como el alumnado en una escuela universitaria, las pruebas de tamizaje (también llamadas de cribado o escrutinio) son instrumentos psicométricos estandarizados, de bajo costo, aplicación fácil y rápida por personal con una capacitación básica y económica, que permiten identificar sujetos que probablemente presenten el trastorno, de manera que se les pueda canalizar a evaluaciones clínicas exhaustivas que produzcan un diagnóstico sólido.

Resulta aplicable a este propósito la definición de tamizaje propuesta en el área de la salud como el uso de pruebas sencillas a una población sana con el fin de identificar a individuos que tienen el padecimiento, pero aún no presentan síntomas (World Health Organization, 2009; Segura, 2008).

El ICOD es un instrumento para detectar codependencia, que fue construido y estandarizado con mujeres cuya pareja es un alcoholíco (Noriega y Ramos, 2002) y puede utilizarse conforme a esta definición de tamizaje. En este trabajo se estudió el comportamiento de este instrumento para detectar codependencia en estudiantes universitarios de ambos géneros. En la búsqueda realizada, no se encontraron antecedentes de un estudio de este tipo.

El primer objetivo de este estudio consistió en explorar el comportamiento del ICOD como un instrumento para detectar codependencia a nivel de tamizaje. Utilizando el criterio de corte para identificar probables casos de codependencia, un puntaje global igual o mayor a 32 (Noriega, 2011), se encontró que el 15% de la muestra estudiada rebasó este puntaje y por tanto los sujetos fueron identificados como probables casos de codependencia. En consecuencia, 92 de los 615 sujetos que fueron evaluados resultaron candidatos a evaluaciones clínicas confirmatorias. El número de casos detectados, que podría considerarse excesivo, depende desde luego del punto de corte establecido; es claro que aumentando o disminuyendo el punto de corte el número de probables casos cambiará en sentido inverso. Sin embargo, aun modificando el punto de corte, con el procedimiento actual se seguiría dicotomizando a los sujetos evaluados en dos subconjuntos: "Alto", "Bajo" o bien en "No caso", "Probable caso".

Una alternativa para mejorar la fineza discriminativa de la decisión son los modelos normativos para construir una tabla de normas de interpretación con k categorías diagnósticas, que permitan ubicar cualquier puntaje en la categoría correspondiente (Anastasi, 1973; Aiken, 2002).

Por ejemplo, utilizando el modelo estanina se dispondría de nueve niveles y, manteniendo sistemáticamente actualizado el modelo, se aplicaría un

procedimiento para decidir, en cualquier sujeto perteneciente a la población de referencia, no sólo si se trata o no de un probable caso, sino que sería posible canalizar prioritariamente a los sujetos ubicados en la estamina nueve, después a quienes queden en la ocho y así sucesivamente. El uso de modelos normativos para el diagnóstico en el caso que analizamos es técnicamente viable, porque el ICOD es un instrumento estandarizado que fue sometido a prueba y demostró validez y confiabilidad (Noriega, 2002).

En este punto debe considerarse la forma de la distribución. Aunque el sesgo encontrado para el instrumento en su conjunto resulta aceptable (coeficiente de asimetría de Pearson = 0.73), la variabilidad en cambio es inaceptablemente grande (coeficiente de variación = 65.3% para puntajes globales) para utilizar la distribución normal para la construcción de un modelo normativo. La alternativa es construir el modelo normativo utilizando percentiles, porque para su cálculo no se requiere hacer ninguna suposición sobre la forma de la distribución.

El segundo objetivo fue estudiar las diferencias por género. En cuanto al análisis por factores del ICOD, se encontró que no existen diferencias significativas entre las proporciones de los puntajes masculinos respecto a los femeninos. En relación con el puntaje global del instrumento, se probó que el puntaje medio de codependencia en hombres fue mayor que en mujeres (con un nivel de confianza del 95%, tanto en las pruebas de diferencias por factores con el instrumento en su conjunto). Ante este resultado se perciben dos implicaciones:

- » En primer lugar, el instrumento es capaz de detectar codependencia en hombres, y no sólo en mujeres como se probó al construirlo, y esto es justamente lo que interesaba en este estudio.
- » En segundo lugar, el hecho de que los puntajes de codependencia en hombres hayan sido mayores que en las mujeres implica que el estrato masculino de la población experimenta mayores sentimientos de codependencia que el estrato femenino. Sería interesante analizar este resultado con instrumentos más especializados, pero eso queda para futuros estudios.

En cualquier caso, en términos de los objetivos de este trabajo, los resultados encontrados apuntan a que el ICOD puede aplicarse al género masculino, además del femenino en poblaciones de estudiantes universitarios similares a la que aquí se estudió.

CONCLUSIÓN

Como cualquier otro fenómeno humano, los trastornos de conducta se modifican con el tiempo y aún aparecen nuevos trastornos. Tal es el caso de la codependencia, un trastorno que se ha venido construyendo a lo largo de las últimas tres o cuatro décadas. Si se permite la expresión, la codependencia es un constructo en construcción.

En un principio la codependencia se formuló como un trastorno privativo de las mujeres que mantenían relaciones de pareja con alcohólicos o dependientes de otras sustancias químicas. Con el tiempo el cuadro de codependencia se amplió para incluir a sujetos de ambos géneros que presentan codependencia de adictos al trabajo o a otras actividades. Ampliar el ámbito de aplicación de un concepto no es un fenómeno reciente, como puede verse simplemente recordando el caso de la histeria, que Freud aplicó a los hombres, además de las mujeres.

El instrumento que aquí se estudió fue construido para mujeres codependientes de alcohólicos, pero en este estudio se exploró el comportamiento del instrumento aplicándolo a una población de estudiantes universitarios de ambos géneros. Los resultados obtenidos apuntan a que la generalización tiene sentido y apuntan a ampliar el estudio sobre actitudes en relaciones de pareja, tanto en personas del género femenino como en aquellas del género masculino.

REFERENCIAS

- Adriaens, P. y Block A. (eds.). (2011), Sexual imprinting and fetishism: an evolutionary hypothesis en *Maladapting minds, philosophy, psychiatry, and evolutionary theory*, Oxford University Press.
- Aiken, L. (2002). *Tests psicológicos y evaluación*. Pearson Prentice-Hall, México.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV), Washington.
- Anastasi, A. (1973). *Tests psicológicos*. Aguilar, España.
- APA (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington.
- APA (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Second Edition (DSM-II). American Psychiatric Association.: Washington.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition (DSM-III), Washington.
- APA (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-5) American Psychiatric Association. Fifth Edition, Washington.
- Barrios, D. (2003). *Resignificar lo masculino*. Ed. Villa Editores: México.
- Bandura, A y Walters, R. (1978). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Ed. Alianza: Madrid.
- Beattie, M. (2007). *Ya no seas codependiente: Aprende a ocuparte de ti mismo*. Ed. Nueva Imagen: México.
- Bojalil, S. (2003). La educación para la codependencia. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, () 82-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34003710>
- Bowlby J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Bravo, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol, un estudio comparativo. *Adicciones* [en línea] 2007, 19: [Fecha de consulta:

- 30 de junio de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122906005>.
- Cermak, T. (1986). *Diagnostic Criteria for Codependency*. Reference Guide to Addiction Counselling
- Cowan, G. y Warren, L.W. (1994) Codependency and gender-stereotyped traits. *Sex Roles*. Volume. Issue 9-10. pp. 631-645. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF01544667>
- Dollard, J. & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill
- Fischer, J.L., Spann L., & Crawford, D. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 87-100.
- Friel, J. (1985). Co-Dependency Assessment Inventory: A preliminary research tool. *Focus on the Family and Chemical Dependency*, May/June: 20-21.
- Harlow, H. (1958) The nature of love, *American Psychologist*, 13: 673-685.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1994) Attachment as an organizational framework for research on close relationships, *Psychology inquiry*, Vol 5, No1, 1-22.
- Lorenz, K. (1937). The companion in the birds world, *The Auk*, vol. 54: 245-273.
- Mansilla, F. (2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 9-19. Recuperado en 25 de julio de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100002&lng=es&tlng=es.
- Martins, R., Menéndez, M. C., Gómez-Benito, J. y Silva, Y. (2011). Depresión y/o codependencia en mujeres: necesidad de un diagnóstico diferencial. *Barbaroi*, (34), 125-145. Recuperado el 25 de julio de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100008&lng=pt&tlng=es.
- Mellody, P., Miller, A. y Miller, K; (2005) *La codependencia; qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas. Aprende a hacerle frente*. Ed. Paidós
- Meyer, D. F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *J. Clin. Psychol.*, 53: 107-116. doi:[10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199702\)53:2<107::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199702)53:2<107::AID-JCLP3>3.0.CO;2-Q)

- Meyer, D. F. & Russell, R. K. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, 76, 166-173
- Moneta, M.E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. En: *Revista Child Pediatric*, 2014; 85 (3) 265-268.
- Noriega, G; (2011). *Instrumento de Codependencia (ICOD)*. Ed. Manual Moderno: México.
- Noriega, G. y Ramos, L. (2002), Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas, *Salud Mental* [en línea] 2002, 25 (abril): [Fecha de consulta: 4 de julio de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222506>. ISSN 0185-3325
- Organización Mundial de la Salud (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Vol. 2. *Manual de Instrucciones*. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Potter-Efron, R. y, Potter-Efron, P. (1989). Assessment of codependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6: 37-57.
- Prest, L., Benson, M. & Protinsky, H. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family Process*, 37, 513-528.
- Segura B.A. (2008) Cribado de enfermedades y factores de riesgo en personas sanas (septiembre 2008). *Humanitas*, humanidades médicas. N° 31.
- Slucking, W; (1975). Hacia una explicación del imprinting. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 7(1) 299 - 304. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80570209>
- Tavris, C. (1992). The mismeasure of woman. *Feminism & Psychology*. Vol 3, Issue 2, pp. 149 – 168. First Published June 1, 1993. NY: Simon & Schuster. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0959353593032002>
- World Health Organization (2009). Screening and Early Detection of Cancer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/en>

Envío a dictamen: 12 de abril de 2018

Reenvío: 4 de mayo de 2018

Aprobación: 15 de junio de 2018

Miriam Sánchez Angeles.

Doctora en Ciencias con Énfasis en Educación. Departamento de Investigación. Campus Universitario Siglo XXI.
Zinacantepec, México. Dirección Postal: Calzada de Barbabosa No 150. CP 51350. Zinacantepec, Estado de México.

2184102 Correo Electrónico: miriam.sanchez@cus21.edu.mx