

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

3.6 Las dependencias relacionales (D.R.): dependencia emocional, codependencia y bidependencia

Carlos Sirvent, psiquiatra, Director de Fundación Instituto Spiral.

1 Introducción y concepto

El presente trabajo tiene por objeto clasificar y definir las principales dependencias relacionales incidiendo especialmente en un tipo peculiar de las mismas, la denominada *bidependencia*, aportando resultados de investigaciones propias de naturaleza cualitativa y cuantitativa tanto en bidependencia como – en menor grado- en codependencia.

Etimológicamente, el concepto *dependencia relacional* (D.R.) define el conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal. Una característica frecuente es la asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva del miembro dominante. El resultado final es la disolución de la personalidad del sujeto dependiente en la del sujeto dominante que puede o no ser consciente de lo que hace. No obstante hay una clase de D.R. denominada bidependencia en la cual el sujeto dependiente es a la vez el dominante y en lugar de disolver su personalidad en la del otro, la fagocita creando una atmósfera asfixiante. Lo veremos más adelante.

Un aspecto sustancial es la *actitud dependiente*, de manera que aunque el sujeto con D.R. se libere (o mejor dicho rompa) una relación, fácilmente reproducirá los mismos esquemas de interrelación con la siguiente pareja dado que muestra una tendencia natural a repetir comportamientos y –sobre todo- actitudes que favorecerán que cada sucesiva relación acabe a lo postre convirtiéndose en relación dependiente.

Pese a la dificultad de encontrar datos epidemiológicos, parece que estadísticamente afecta más a las mujeres, cupiendo aducir que los varones tienen otra forma de vivir la D.R. quizá debido al rol social, necesidad de no exteriorizar su debilidad, patrones de conducta aprendidos, etc. de manera que la expresión masculina de la dependencia es más larvada, incluso disimulada o disfrazada de todo lo contrario: de una aparente dominación, y –en no pocos casos- hasta de una agresividad que esconde la dependencia manifestada ocasionalmente como amenaza (“si me dejas, te mato”). Judith Bardwick (San Francisco, 1976) afirma que la excesiva dependencia puede significar una

hipersensibilidad ante las reacciones de los demás, motivada por un enfoque egocéntrico y no por un sentimiento de participación.

2 Clasificación de las dependencias relacionales (D.R.)

Aunque bastantes autores utilizan el término codependencia por antonomasia para referirse a cualquier dependencia relacional, lo cierto es que dicha acepción tiene su origen en la descripción del vínculo patológico que caracteriza la relación de ciertos allegados a alcohólicos y –por extensión- a abusadores de drogas, por lo común familiares de primer orden y, sobre todo, parejas. Consideramos que las D.R. pueden ser *genuinas* cuando es esta la única patología por dependencia afectiva existente, y *mediatizada* (por otro trastorno adictivo) cuando el sujeto está afecto o convive con un sujeto adicto (por lo común a drogas o alcohol, aunque se citan casos de codependencia en familiares de ludópatas). (Véase esquema I). El fundamento de esta clasificación no obedece únicamente al criterio de mera ordenación taxonómica, sino a bases nosológicas, ya que la etiopatogenia, sintomatología y problemática sociofamiliar asociada también diferencia ambos subtipos de D.R. En definitiva, el sujeto con una drogodependencia padece o hace padecer un tipo de D.R. sustancialmente diferente, como se verá más adelante, de aquel otro que tiene solamente una dependencia emocional. Así pues, subdividimos funcionalmente las dependencias relacionales en aquellas que tienen entidad propia: las denominadas dependencias emocionales: adicción al amor, interdependencia, dependencia afectiva, etc., y otras secundarias a trastornos adictivos (sobre todo drogas y alcohol), como la codependencia y la bidependencia tal y como podemos observar en el esquema I

Esquema I: "Clasificación de las dependencias relacionales" **Carlos Sirvent, 2000**

Genuinas:

- Dependencia emocional o afectiva
- Adicción al amor
- Otros: tendencia dependiente, apego ansioso, trastornos de personalidad (por dependencia, límite y antisocial, fundamentalmente)

Mediatizadas(por trastornos adictivos sobre todo drogas y alcohol):

- Codependencia
- Bidependencia

Hay una tendencia cada vez más generalizada a considerar las D.R. como trastornos de la personalidad, de hecho muchos rasgos son comunes, de manera que determinadas alteraciones del carácter como la personalidad límite, el trastorno de personalidad por dependencia e incluso la personalidad antisocial pueden ser conceptos afines que precisen un diagnóstico diferencial.

Estimamos importante dejar claras las diferencias conceptuales entre codependencia, bidependencia y el resto de dependencias emocionales (ver esquema II). Así, la *codependencia* sería la peculiar relación de dependencia que establece un sujeto *normal* (por lo común familiar o muy allegado) respecto a un sujeto adicto (se ha descrito sobre todo con alcohólicos) debido – entre muchas otras cosas- al doble rol que forzosamente tiene que asumir en el núcleo familiar y a las relaciones patológicas largo tiempo mantenidas que propician unas reglas de juego que cambian abruptamente si el sujeto dependiente se cura y empieza a recuperar su rol; paradójicamente y cuando menos se espera surge la codependencia que deviene de la mala adaptación al nuevo papel del sujeto considerado *normal*. También se considera codependencia cuando la persona que convive con un alcohólico (o adicto a otra sustancia) hiperprotege y justifica los comportamientos aberrantes de este. En fin hay muchas modalidades de codependencia, todas ellas mediatizadas por la relación entre un sujeto dependiente y otro que no lo es pero que *se hace* D.R. del primero.

Esquema II: "Diferencias entre codependencia, bidependencia y dependencia emocional (© Carlos Sirvent, 1999)

Codependencia = **SND / SD** *la codependencia es la D.R. de un sujeto **no adicto** respecto de un sujeto **adicto***

Bidependencia = **SD / SND (ó SD)** *la bidependencia es la D.R. de un sujeto **adicto** respecto a un sujeto **no adicto** (o también **adicto**)*

Dependencia emocional = **SND / SND** *la dependencia emocional es la D.R. entre dos sujetos **no adictos***

.....

SD: sujeto dependiente **SND:** sujeto no dependiente

La bidependencia es un término acuñado por quien esto suscribe en 1991 se refiere a la D.R. que puede presentar un sujeto adicto añadida a su propia adicción y que tiene unas características distintas del resto de dependencias relacionales

Por último, la dependencia emocional es el término que utilizaremos por extensión para referirnos al resto de D.R. (adicción al amor, interdependencia, dependencia afectiva, etc.). Aunque sabemos que son muy diferentes entre sí, el objetivo de este trabajo es profundizar –sobre todo– en las bidependencias, de ahí que en este epígrafe no nos extendamos más.

3 D.R. genuinas: dependencia emocional y adicción al amor

Pese a ser la dependencia afectiva o emocional una alteración frecuente, prácticamente ningún trabajo consultado aporta datos estadísticos, aunque muchos técnicos están de acuerdo en dos aspectos: 1º la mayoría de dependientes emocionales no piden ayuda profesional, 2º las mujeres son quienes solicitan más frecuentemente. De hecho casi todos nuestros pacientes, cuya petición de consulta fue debida a dependencia emocional como única patología, han sido del sexo femenino. Los hombres que la padecían acudían en principio por otra patología: depresión, estrés, alcoholismo, etc. En ningún caso la razón principal admitida por los varones fue la dependencia emocional.

C. Yela (Madrid, 2000) define el amor como un estado al cual se llega tras un proceso de enamoramiento, un afecto por el cual busca el ánimo el bien verdadero o imaginado y apetece gozarlo. El mismo autor siguiendo a Solomon (Nueva York, 1988) afirma que el enamoramiento es un estado pasivo, pasajero y pasional, en tanto que el amor sería un proceso activo, duradero, de ofrecimiento activo y de identificación (fusión progresiva de las dos identidades) José Luis Sangrador (Madrid 1993) plantea una distinción entre el amor entendido como una *actitud*, y el amor conceptualizado como una *emoción*, (refiere una tercera vía entendido el amor como una conducta)

Quienes entienden el amor como atracción lo refieren al constructo *actitud*, que es una actitud positiva hacia una persona y tiene un carácter *cuantitativo*. Las actitudes tienden a la estabilidad, lo que difícilmente explica su fragilidad. En cambio quienes conceptúan el amor como una *emoción*, le aportan un carácter *cualitativo*, lo que explicaría mejor la fragilidad del fenómeno amoroso. El amor como *comportamiento*, se refiere a las respuestas del otro (cuidados, atención, permanencia, etc.)

Este mismo autor define la adicción al amor como una necesidad patológica del otro y se explicaría por la inmadurez afectiva del individuo: personas que no han superado el amor tiránico y posesivo del niño y para quienes amar es meramente el deseo de ser amado, debido a factores más o menos neuróticos que –aunque se *vende* como amor por el otro– en el fondo busca su satisfacción egocéntrica y conducen al sujeto a ser víctima de su pasión.

Peele (1975) define la dependencia afectiva como aquella adicción en la que la ingesta de una droga es reemplazada por una relación romántica o de pareja. En ella, la persona se dirige hacia el otro con la intención de llenar un vacío, pasando la relación enseguida a ser el centro de su vida. Cuando la exposición constante a la relación se hace necesaria, entonces se ha caído en la trampa de la adicción. El casi siempre presente peligro de la retirada crea el casi siempre presente deseo irresistible por la relación (craving).

.Louis Anspacher matiza irónicamente el constructo D.R. cuando afirma que el matrimonio americano es aquella relación donde la independencia es

equivalente, la dependencia mutua y la obligación recíproca, considerando la presión institucional justificadora de la interdependencia.

Wayne Dyer enumera las compensaciones psicológicas que aporta dicha interdependencia: 1.- mantenerse bajo la protección de otro 2.- no necesidad de trabajar por el cambio, seguridad en la desdicha 3.- poder culpar a los demás (de tus propias deficiencias) 4.- sentirte bien porque satisfaces al otro (u otros) 5.- conseguir evitar la culpa cuando te comportas autoafirmativamente; es más fácil seguir así que aprender a eliminar culpas 6.- no necesitar tomar decisiones ni hacer elecciones.

R. Norwood (1985) -a propósito de la regresión que supone toda dependencia emocional- asegura que los adictos al amor intentan llenar sus deseos amorosos insatisfechos y su falta de afecto con relaciones que recrean dolorosas condiciones infantiles. Para Beck la activación crónica de los esquemas negativos del yo genera tendencias pesimistas que si se activan mucho pueden ejercer distorsión sobre el pensamiento que aboca en esa especial depresión reactiva de los D.R.

Scott Peck (1978) opina que las D.R. son típicas de personalidades pasivo dependientes, y que la relación para estos es más cuestión de necesidades que de amor, llegando a involucrarse tanto en la relación que sin el otro no se es nada, perdiéndose la identidad aún cuando el otro le maltrate. A veces es porque no se conocen las propias capacidades y necesitan verlas y *tenerlas* en los demás.

Seymour Epstein destaca lo inadecuada que puede ser la imagen que las personas tienen de sí mismas (positiva o negativa) atribuyendo decisiva importancia a la autoestima. El sistema del yo encarna la sensación de estima y de valor y toda amenaza a esa visión de uno mismo es angustiosa y provoca la necesidad de recuperar la identidad

Martha Bireda (Tampa, 1990) refiere tres tipos de respuestas amor-adictivas en las relaciones personales: 1.- reaccionar desmesuradamente en relación con el otro; 2.- imbricarse en exceso en el otro o en la relación; 3.- albergar esperanzas o expectativas irreales.

Olga Jiménez (Benidorm, 1999) se pregunta si podría diagnosticarse la adicción al amor como un trastorno de personalidad que podría ser por dependencia, o bien histriónico e incluso mixto (por dependencia e histriónico). En el mismo sentido Castelló Blasco (Valencia, 2000) se adscribe al numeroso grupo de defensores de la asimilación del constructo D.R. a la constelación de los trastornos de personalidad, definiéndolo (en términos DSM) como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones interpersonales estrechas casi siempre destinadas al fracaso.

Scott Peck(1978) enumera las características del dependiente afectivo con trastorno de personalidad pasivo-dependiente de la siguiente manera:

- 1.- Voracidad por el ser amado, obteniendo sin dar nada a los demás
- 2.- Experimentan un vacío interior que nunca llenan
- 3.- Insatisfacción: nunca están plenos, algo les falta
- 4.- Intolerancia a la soledad
- 5.- No tienen un verdadero sentido de la propia identidad, definiéndose solo por sus relaciones.
- 6.- Presentan rápidos cambios emocionales
- 7.- No importa la persona de quien dependan si tienen alguno de quien depender
- 8.- Necesitan, pues, que alguien les dé identidad

4 Codependencia

4.1 Introducción.

En la literatura anglosajona es habitual encontrar el término codependencia como sinónimo de todas las D.R. No pocos autores emplean dicho vocablo como acepción única definitoria de todas las dependencias emocionales. En la tabla I utilizamos como ejemplo la base de datos psychlit donde se puede comprobar que el término *codependency* es el más utilizado en tanto que el *emotional dependence* está cada vez más en desuso. No ocurre igual entre nosotros donde la expresión dependencia emocional tiene entidad propia y un arraigo cada vez mayor. (tabla 1).

TABLA 1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL NÚMERO DE INVESTIGACIONES SOBRE CODEPENDENCIA Y DESCRIPTORES EQUIVALENTES (FUENTE: BASE DE DATOS PSYCHLIT, 1999)

	Hasta 1982	1983-1988	1989-1993	1994-1997	1998-1999
<u>CODEPENDENCE</u>	0	3	28	14	5
CO-DEPENDENCE	0	3	8	5	1
CODEPENDENCY	2	12	113	71	27
CO-DEPENDENCY	0	3	34	13	6
EMOTIONAL DEPENDENCY	20	6	7	8	3
EMOTIONAL DEPENDENCE	34	14	8	8	2

Como vemos una confusión conceptual en torno al término codependencia. La mayoría de libros escritos tanto en inglés como en castellano que abordan este tema son manuales de autoayuda con escaso rigor científico (lo que por otro lado no pretenden). Hay que recurrir inexorablemente a artículos y bases de datos de trabajos publicados para reunir datos suficientes sobre codependencia. En la tabla 2 vemos algunos manuales de influencia sobre el tema que abundan a este respecto.

TABLA 2. - ALGUNOS ÁMBITOS Y MANUALES DE INFLUENCIA EN EL ESTUDIO DE LAS DEPENDENCIAS RELACIONALES

ÁMBITO	AUTOR Y FECHA	MANUAL
Psicología popular	(Norwood, 1986)	<i>Women who love too much</i>
	(Peck, 1978)	<i>The Road Less Traveled</i>
Psicología feminista	(Beattie, 1987)	<i>Codependent No More</i>
12 Pasos	(Whitfield, 1983)	<i>Codependency an emerging Illness</i>
Anti-12 pasos	(Peele, 1975)	<i>Love and addiction</i>
Counselling	(Pia, 1992)	<i>Facing Love Addiction</i>
Psicodinamia	(Schaeffer, 1987)	<i>Is it Love or is it Addiction?</i>
Sociología moralista	(Schaefer, 1987)	<i>When society becomes an addict</i>
Adicción al sexo	(Carnes, 1983)	<i>Sex addiction</i>
Bioquímica	(Liebowitz, 1983)	<i>The Chemistry of Love</i>
Psicología del amor	(Sternberg, 1986)	<i>Triangular Theory of Love</i>
Diagnóstico psiquiátrico	(Cermak, 1986)	<i>Diagnosing and Treating Codependence</i>

Cuando utilizamos el vocablo codependiente nos solemos referir 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 mantienen un vínculo y unas relaciones patológicas. No obstante se han efectuado estudios poblacionales sobre otros colectivos cuya relación se muestra en la tabla 3. Sirvent y Martínez (Madrid, 2000) también incluyeron en el trabajo de investigación que se presenta más adelante un estudio sobre codependencia en distintos grupos de población: familiares de alcohólicos, familiares de adictos, adictos y población general.

TABLA 3.- POBLACIONES SOBRE LAS QUE SE HA ESTUDIADO LA CODEPENDENCIA (TRABAJO DE REVISIÓN PSYCHLIT 1989-00)

MUESTRA	REFERENCIA
FAMILIARES DE ALCOHÓLICOS y OTROS ADICTOS	Loughead, Kelly y Bartlett-Voigt (1995), McGrady , Epstein y Hirsch (1999), Brissett (1988). Sirvent y Martínez (2000)
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Hall y Ray (1989), Martsolf, Hughes-Hammer, Estok y Zeller (1999)
ESTUDIANTES POSGRADUADOS Y DE ENSEÑANZA SECUNDARIA	Crothers y Warren (1996), Lyon y Greenberg (1991), Meyer (1997) Lindley y Giordano (1999) O'Brien y Gaborit (1992), Gotham y Sher (1995) Roehling y Gaumond (1996)
POBLACIÓN NORMAL NO UNIVERSITARIA	Harvey (1995), Hammer, Martsolf y Zeller (1998 ^a y b)
PACIENTES DE SALUD MENTAL	Prest, Benson y Protinsky (1998)

4.2 Concepto, etiología y definición de codependencia.

4.2.1 Conceptualización

En realidad existen numerosos tipos de codependencias cuyo denominador común sería el vínculo patológico dependiente o interdependiente que mantiene un sujeto *no adicto* (sujeto *codependiente*) con un *sujeto adicto* (alcohólico, drogodependiente o ludópata).

Un factor que delimita bien la morfología clínica del codependiente es la cronología del proceso. Efectivamente el codependiente es distinto según el sujeto adicto esté consumiendo, remitido o recaído. Cuando –por ejemplo- un alcohólico está en etapa de consumo activo, la esposa se adapta a esa situación asumiendo el papel familiar propio al que añade el de padre vicario. Poco a poco la esposa va intentando controlar (infructuosamente casi siempre) el comportamiento alterado del marido, contemporizando en los conflictos, intentando obsesivamente que no beba, y –en definitiva- ofreciendo toda su vida a la servidumbre de la adicción marital. Lo habitual es que la situación degenera hacia un permanente estado de conflicto que puede abocar incluso en la separación. En ocasiones se advierte una ceguera patológica de manera que la mujer se convierte en una especie de mártir por la causa, más bien resignada que masoquista, que se comporta con una irracional abnegación aduciendo argumentos que le justifiquen como “él es bueno en el fondo”, o que “no quiere conflictos por no herir a los niños” o que “adónde voy a ir yo si me separo”. El marido así se convierte en el centro de su universo particular pese a que su actitud exaspere a propios y extraños, y de poco sirvan consejos de trabajadoras sociales, psicólogos, familiares, etc. El final es una

autoanulación absoluta con perpetuación de la entrega parental que acaba convirtiéndose en una situación de cuasi esclavitud voluntaria.

Los adictos a drogas duras (heroína o cocaína) tienen una convivencia todavía más difícil, si cabe, que la del alcohólico, ya que la escalada se produce de manera mucho más rápida y maligna, y rápidamente el adicto empieza a comportarse –si se le deja– agresivamente, en un tono tiránico y parasitario que suele resolverse de forma traumática aunque también se observan padres y más aún madres hiperprotectoras que presentan una ciega y autodestructiva codependencia, especialmente peligrosa con este tipo de adictos.

Pero la forma más interesante, a nuestro modo de ver, de codependencia es la que mantiene la persona codependiente con el adicto ya curado. ¿Qué ocurre cuando, por ejemplo, un alcohólico se deshábítúa? En el mejor de los casos la esposa codependiente se alivia de su situación y recupera a un marido que tenía perdido; pero en no pocas ocasiones la situación de la esposa paradójicamente empeora, añorando su antiguo rol de cuidadora, de mujer abnegada entregada a la causa de cuidar a los hijos e intentar salvar al marido.. Además el esposo al recuperar su rol de padre y la autoridad inherente a dicho rol *desplaza y priva* inconscientemente a la esposa (codependiente) de unas atribuciones que había adquirido cuando él no podía asumirlas (rol de jefe de familia, celos por recuperar el cariño de los hijos, discusiones por temas domésticos y de la administración de la casa que antes llevaba ella en exclusiva, etc.) de manera que en la codependiente emerge un malestar enfurruñado, una protesta larvada y una extraña sensación de desidentificación que se exterioriza en forma de equivalentes clínicos tales como desconfianza sobre la curación del marido, reproches por cualquier cosa que él haga mal, echar en cara problemas del pasado alcohólico, añoranza del papel de víctima que le lleva a buscar nuevos motivos para sentirse como tal al menor problema que surja, etc. que en el fondo es trasunto de la difícil readaptación a una nueva situación que le resulta paradójicamente más dolorosa que la anterior situación de víctima. Con los adictos a drogas pudiera suceder algo parecido pero es mucho menos frecuente (imenudo alivio quitarse de encima el problema de un toxicómano en casa!), aunque hemos tenido bastantes casos en nuestra experiencia clínica, por lo que no debe desdeñarse esa posibilidad.

Otra situación poco descrita pero interesante es el de aquellos familiares que se incorporan a asociaciones de autoayuda y se entregan tanto *a la causa* que se convierten en denodados luchadores por las vindicaciones de las asociaciones o federaciones con descuido o relegación de sus papeles de padres. Se convierten en expertos (o pseudoexpertos) en el manejo de adictos y pueden suponer una gran ayuda a padres desorientados, pero aquello que predicán no lo aplican de igual modo en casa con su hijo adicto, oscilando desde el trato frío de *padre metido a terapeuta* a la debilidad incongruente del que enseña mucho a los demás padres pero en su propia casa es un fiasco. Por lo general se distancian afectivamente del familiar obsesionados con lo que *deben* hacer antes que con lo que su conciencia de padres les dicta, aplicando de forma radical e insensible lo *aprendido en las reuniones*. Algunas asociaciones incluso –con toda su buena fe– favorecen la creación de padres *profesionalizados* que son una buena referencia para los demás y un verdadero

desastre en casa. A veces estos padres (digo padres aunque por lo común nunca son los dos, casi siempre es uno de ellos el *profesional*) no son tan duros y todo se queda en una imagen de fortaleza cara a la galería que no se corresponde con la debilidad que manifiestan en casa (esto ocurre más en adictos a sustancias que con alcohólicos). Es otro de los comportamientos paradójicos que conlleva la codependencia, que, como vemos, bajo un sustrato nuclear de vinculación patológica con desdibujamiento de rol y anulación propia del self, puede presentarse de múltiples y antitéticas formas clínicas.

4.2.2. Etiopatogenia:

Recordemos también que en la etiopatogenia de este proceso no existen antecedentes caracteropáticos ya que tienen su inicio en la edad adulta. Tampoco puede asimilarse a la caracteropatía tardía adquirida por la morfología clínica del trastorno que no comparte elementos sustanciales del trastorno de personalidad. Así, la codependencia tiene elementos de altruismo, entrega al otro, desatención de la propia necesidad, etc. que contrastan con el egoísmo, falta de sintonización afectiva, explotación del otro, etc. propios de los trastornos de personalidad. No se puede desechar –como en cualquier otro proceso– que puede haber una predisposición individual o factor genético de vulnerabilidad.

En nuestra opinión el factor *primum* etiológico es sobre todo adaptativo (reactivo si se quiere) y crónico: situaciones conflictivas e intensas que se perpetúan y abocan a un proceso neurótico de diferenciación media pero acusada virulencia de manera que cada esquema o pauta comportamental adquirida tiene una extraordinaria raigambre y los principales estigmas codependientes son difíciles de erradicar aunque no tanto como los de los demás tipos de D.R. cuyo origen en unos casos parece que se remonta a la infancia, como en el caso de las dependencias emocionales (alteraciones estructurales, disposiciones afectivo-cognitivas), o tienen una comorbilidad asociada grave, como las bidependencias que –según se verá más adelante– tienen un factor de agravamiento sobreañadido.

Hammer, Martsolf y Zeller (1998) estiman que la codependencia deviene de la situación de estrés que supone la convivencia con un adicto, estando asociada a un fenómeno de escalada. Otros autores como Hall y Wray (1989) afirman que la codependencia surge en los contextos donde existe una demanda afectiva mayor de lo normal implicando perfeccionismo en exceso y negativismo, así como pobreza comunicacional; posteriormente aparecen los sentimientos de culpa secundarios a una percepción irreal de “falta de empatía”. Para Schaffer (1997) la codependencia es bidireccional; en este sentido, más que tratarse de un problema individual sería una patología relacional-situacional.

Una apreciación interesante de Stewart, Birchler y O’Farrell (1999) tiene que ver con la teoría de incompatibilidad de rol según la cual mantener un patrón de abuso de sustancias o cualquier otra conducta poco normativa es incompatible con establecer lazos relacionales duraderos. Así, los conflictos relacionales son resueltos por los adictos acompañados de: a) un deterioro o disolución de la relación, b) reducción o discontinuidad en el patrón de abuso

de sustancias y c) modificación de la relación adecuándola al abuso de sustancias. Según los autores las mujeres tienen más probabilidades de adecuar su consumo en función de su dinámica relacional.

4.2.3. Definición:

Basándonos en Hands y Dear (1994) los criterios que definen la codependencia son: 1º) intentos fallidos por controlarse a uno mismo y a los demás, 2º) toma excesiva de responsabilidades sobre las necesidades de los otros hasta el punto de la autonegligencia, 3º) distorsión de las fronteras entre la separación y la intimidad y 4º) relaciones interpersonales inescapables

Una de las definiciones más utilizadas es la de Whitfield (1991), a saber:

“La codependencia es el comportamiento aprendido, expresado por dependencias de la gente y las cosas; estas dependencias incluyen la negligencia y la merma de nuestra propia identidad. El falso yo que emerge es a menudo expresado a través de hábitos compulsivos, adicciones y otros trastornos para aumentar más tarde la alienación de la persona y su verdadera identidad, desarrollando un sentimiento de vergüenza”

Whitfield considera la codependencia no como una enfermedad sino como la *reacción normal frente a un sujeto anormal*.

Los criterios descriptivos de Cermak (1986-1991) son considerados algo más que una definición ya que fueron incluidos en el DSM-III-R y posteriormente en el DSM-IV, Cermak ofrece los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad codependiente:

1º.- Criterios patognomónicos: (los que mejor definen la codependencia)

- Inversión continuada de tiempo en intentar desarrollar habilidades de control de uno mismo y de los demás con serias consecuencias adversas. En definitiva, intentos fallidos por controlarse a uno mismo y a los demás
- Asunción de responsabilidades en el conocimiento de las necesidades ajenas hasta el punto de obviar las propias (autonegligencia)
- Ansiedad y distorsión de las fronteras de intimidad y separación.
- Implicación en relaciones personales con sujetos que presentan trastornos de la personalidad, químicos dependientes, codependientes o trastornos de impulsividad.
- Distorsión de las fronteras entre la separación y la intimidad

2º Criterios no patognomónicos:

Son inespecíficos pero contribuyen a perfilar el proceso. Deben presentar tres o más de los siguientes síntomas

- 1.-Excesiva dependencia o negativismo
- 2.-Repliegue emocional (con o sin accesos de dramatismo)
- 3.-Depresión
- 4.-Hipervigilancia
- 5.-Compulsividad

- 6.-Ansiedad
- 7.-Abuso de sustancias
- 8.-Ha sido o es víctima de abuso sexual o físico recurrente
- 9.-Estrés asociado a condiciones médicas generales
- 10.-Ha mantenido una relación con un abusador activo de sustancias sin buscar ayuda durante al menos dos años.

En la tabla 4 encontramos algunas definiciones de codependencia entre las que diferentes autores coinciden en lo siguiente: 1º es una dependencia de personas que implica la pérdida o menoscabo de la propia mismidad, 2º supone un déficit en la expresión de emociones 3º hay una meridiana pérdida de la propia identidad 4º es más propia de mujeres.

TABLA 4.-DEFINICIONES DE CODEPENDENCIA

DEFINICIÓN	REFERENCIA
"Comportamiento aprendido que se manifiesta como una dependencia hacia la gente y las cosas, esta dependencia incluye negligencia y disminución de la identidad personal. El falso "yo" que emerge se expresa a través de hábitos compulsivos, adicciones y otros trastornos que concluirán con la alienación de la identidad y alimentando el sentido de culpa"	Whitfield (1991)
"Patrón de relación con los otros caracterizada por una focalización extrema fuera del yo, déficit en la expresión de emociones, así como un desplazamiento de las verdaderas intenciones de la relación"	Spann y Fischer (1990)
"Comportamientos disfuncionales propios de las familias de químico- dependientes que impiden a cada uno de sus miembros expresarse y abrirse emocionalmente de forma individual"	Wegscheider-Cruse (1985)
"Adicción a la gente, las conductas o las cosas"	Hemfelt, Minirth y Meier, (1989)
"La codependencia ha sido usada para describir a gente (normalmente mujeres) cuyas vidas se han vuelto inmanejables como resultado de su implicación con alguien químicamente dependiente"	Beattie (1987)
"A falta de una definición precisa, la dinámica de la codependencia es como sigue: las personas codependientes se centran de tal modo en lo que está ocurriendo con quienes están a su alrededor tratando de tener algún control sobre sus vidas que pierden el contacto con sus propios pensamientos y sentimientos. Ellos por tanto, usan ese control para ganar en realización y soporte emocional a partir de su relación con los demás"	Lindley y Hammer (1999)

4.3 Evaluación y diagnóstico diferencial.

Por lo general resulta fácil diagnosticar una dependencia emocional. Con los elementos definitorios antes descritos y lo peculiar que es la población afectada no resulta complicado un diagnóstico positivo. Además suelen ser casos muy típicos: familiar (por lo común esposa o madre) de un adicto generalmente alcohólico que vive entregada al problema, asumiendo el rol de padre recreándose en su papel de víctima y que no controla la situación, pareciendo como si su queja fuera asimismo su situación deseada, es decir gozando de su sufrimiento. Cuando el marido se cura y la situación se resuelve, como si de una evolución metamórfica se tratara, la misma mujer que antes se quejaba de sufrir a un marido alcohólico, en vez de aliviarse entra en un estado de pesadumbre que puede llegar casi al vacío existencial, como si añorara su pasado de mujer abnegada y hasta maltratada.

En cuanto a los marcadores biológicos, algunos autores han encontrado niveles alterados de serotonina (implicada en las patologías afectivas) (Guerra, Caccavara, Zaimovic et al, 1997).

La evaluación psicométrica de la codependencia no es difícil, existen diferentes instrumentos de medida que enumeramos en la tabla 4. En nuestra investigación con el CdQ encontramos datos interesantes aunque echamos de menos un test que se adapte mejor a este ámbito cultural y a los diferentes tipos de codependencia existentes.

En el apéndice I encontramos una adaptación al castellano del test de codependencia CdQ de Roehling y Gaumond (1996) efectuado por Sirvent y Martínez en 2000.

En la tabla 5 tenemos una relación de los principales tests que miden codependencia. El SF-CDS (test de Spann- Fischer) tiene 16 ítems, es de tipo Likert y seguramente es el más utilizado de todos (en su construcción partieron de 255 ítems) desde luego es el más citado en la literatura.

TABLA 5.- PRINCIPALES TESTS QUE MIDEN CODEPENDENCIA

TEST		REFERENCIA
SF-CDS	<i>Spann-Fischer Codependency Scale</i>	Fischer, Spann y Crawford (1991)
CdQ	<i>Codependent Questionnaire</i>	Roehling y Gaumond (1996)
CODAT	<i>Codependency Assessment Tool</i>	Hughes-Hammer, Martsof y Zeller (1998)
CoDAC	<i>Co-Dependents Anonymous Checklist</i>	Whitfield (1991)
FCAI	<i>Friel Codependency Assessment Inventory</i>	Friel (1985) Friel y Friel (1987)
IDI	<i>Interpersonal Dependency Inventory</i>	Bornstein (1994)
CAST	<i>Children of Alcoholics Screening Test</i>	Jones (1983)

El test CdQ de 36 ítems de Roehling y Gaumond (1996) es el que hemos utilizado en nuestra investigación

El CODAT de Hughes-Hammer, Martsof y Zeller (1998) es muy parecido al anterior y al Spann-Fischer, utiliza el mismo sistema de gradación tiene la ventaja de estar más actualizado ya que es del 98. Puede encontrarse en el artículo de Hughes Hammer que se titula como el propio test.

El CoDAC de Whitfield (1991) es una lista de adjetivos de alcohólicos anónimos

El FCAI de Friel (1985) y Friel y Friel (1987) es un protocolo. Incluye muchas preguntas de tipo sociodemográfico.

IDI de Bornstein (1994) se basa en el concepto analítico de dependencias objetales

El CAST de Jones (1983) consta de 10 preguntas cerradas que se le hacen al familiar (pensado para hijos de alcohólicos) sobre su relación con el alcohólico.

El diagnóstico diferencial de la codependencia debe establecerse en primer lugar con el resto de D.R., tanto genuinas (dependencia emocional) como mediatizadas (bidependencia y otros tipos de codependencia).

Los constructos asociados con los que podemos efectuar un diagnóstico diferencial se describen en la tabla 5

Con los trastornos de personalidad ya hemos establecido anteriormente las diferencias (carencia de altruismo y entrega en los sociópatas, diferencias en la autoimagen e impulsividad en los codependientes, etc.,).

Respecto al burn-out (síndrome de *queme* profesional) y al cuidador informal está claro que ambos tiene una situación de estrés crónica acompañada de una mirada autocompasiva y cansada dirigida hacia sí mismo (centrípeta), en tanto que los codependientes –en su abnegación y entrega- dirigen su mirada cansada y ansiosa hacia fuera (centrífuga).

La bidependencia es un proceso inverso a la codependencia; mientras aquella la padece un adicto o ex adicto, esta es típica de familiares de adictos, de etiología, naturaleza y manifestación clínica tan distinta que huelgan comentarios, baste para ello ver la descripción de bidependencia que se efectúa más adelante.

Los adictos al amor también tienen una etiología diferente más relacionada con el desapego afectivo en la infancia, mientras que los codependientes iniciaron su proceso de forma reactiva en la edad adulta. Las diferencias clínicas se pueden constatar comparando descripciones.

En la tabla 6 encontramos constructos asociados a la codependencia que complementan los comentarios de anteriores párrafos.

TABLA 6.-CONSTRUCTOS ASOCIADOS A LA CODEPENDENCIA

<p>TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. (DSM-IV, 1994).</p>
<p>TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE TIPO DEPENDIENTE Necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. (DSM-IV, 1994).</p>
<p>SÍNDROME DE BURN-OUT El síndrome del quemado conlleva los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal (con autopercepción y autoevaluación negativas), y puede aparecer principalmente en profesionales que trabajan con personas y se implican en los problemas de éstas. Cuando se dice que este profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación (Maslach, 1977)</p>
<p>SÍNDROME DEL CUIDADOR INFORMAL Consecuencia del estrés crónico que supone las situación de "cuidar a personas con problemas, normalmente degenerativos" se pone de manifiesto una sintomatología psicopatológica consistente en: trastornos del sueño, neurosis agresividad, ansiedad, trastornos psicósomáticos, depresión, autopercepción negativa y desvalorización (Flórez, 1996)</p>
<p>BIDEPENDENCIA La bidependencia o doble dependencia es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal) existe una dependencia de personas o situaciones que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El adicto adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción. (Sirvent, 1999).</p>
<p>ADICCIÓN AL AMOR Es aquella adicción en la que la ingesta de una droga es reemplazada por una relación romántica o de pareja. En ella, la persona se dirige hacia el otro con la intención de llenar un vacío, la relación pronto pasa a ser el centro de su vida, si además le ofrece un consuelo que no encuentra en ninguna otra parte de modo que retorna a ella una y otra vez porque la necesita, de otro modo su vida sería estresante y displacentera. Cuando la exposición constante a la relación se hace necesaria entonces, se ha caído en la trampa de la adicción. El casi siempre presente peligro de la retirada crea el casi siempre presente deseo irresistible por la relación (craving). (Peele, 1975).</p>

Bidependencia

5.1 Introducción

El concepto *bidependencia* pretende conferir un cuerpo teórico-práctico a un trastorno que de forma más o menos tácita suelen manejar los profesionales de las adicciones, conocedores de la existencia de una patología relacional sobreañadida a la meramente adictiva. En anteriores epígrafes señalábamos que se suele sobregeneralizar el término codependencia para describir cualquier D.R. Intentaremos demostrar que ambos conceptos (codependencia y bidependencia) son diferentes.

En definitiva, el presente trabajo tiene como objetivo fundamental verificar el constructo y profundizar en algo importante y no bien filiado que puede lastrar severamente la recuperación si no se tiene en cuenta y actúa en consecuencia.

La bidependencia o doble dependencia es una forma particular de D.R. que pueden presentar sujetos adictos a sustancias (más frecuentemente mujeres), consistente en un hábito relacional acomodaticio donde la relación del bidependiente con el sujeto del que depende, se parece sobremanera a la que mantenía con la droga, extrapolándose aspectos tales como la necesidad imperiosa del otro, la reiterada búsqueda de estimulación y sensaciones fuertes, se delegan o evitan responsabilidades con autoanulación y disolución de su personalidad en la del compañero y mantenimiento de un estrecho y peculiar espacio de (pseudo)intimidad que no comprende nadie más que el bidependiente y quizá su pareja. Es un comportamiento derivado y connotado por el primariamente adictivo. Equivocadamente se le puede denominar codependencia, lo que no solo es erróneo sino antitético, de ahí la importancia de conocer bien las peculiaridades de este tipo de D.R.

Existe un subtipo de bidependencia denominada *parasitaria* menos frecuente y cualitativamente distinto que se observa más en hombres y se asemeja a ciertos rasgos de la personalidad antisocial, como el chantajismo con aprovechamiento material del otro, la presencia de un egoísmo (que a lo mejor antes no tenía) con manipulación sentimental, y -lo más característico- una sistemática tendencia a parasitar a la pareja de la que solo le interesa lo que ésta le pueda aportar material o afectivamente (por ejemplo protección y compañía mientras no encuentra otra pareja de la que aprovecharse mejor)

5.1.1. Origen del concepto

Durante bastantes años tuvimos ocasión de examinar la evolución que mantenían hombres y mujeres en programas asistenciales compartidos, tanto ambulatorios como residenciales, hasta que en 1990 se inauguró un programa terapéutico específico para mujeres adictas (sin abandonar las demás opciones asistenciales). Desde entonces venimos atendiendo a hombres y mujeres en programas específicos y también en tratamientos mixtos, tanto en régimen

ambulatorio como residencial. Pilar Blanco (Madrid 2000) publicó un extenso trabajo comparando la evolución de unos y otros en diferentes dispositivos terapéuticos.

Pasado un tiempo prudencial, se pudo comprobar que muchas de las mujeres que evolucionaban de forma natural en el tratamiento se comportaban de manera inmadura y pasivo-dependiente en la relación de pareja hasta el punto de representar este aspecto un importante factor de recaída¹. Con los hombres no ocurría igual debido a circunstancias que trascienden este trabajo y tienen que ver con elementos culturales, estereotipos de género, rol social, etc. que protegen más al varón. Las mujeres en tratamiento mixto presentaban este mismo problema en igual o mayor intensidad y frecuencia, con el agravante de la frecuente formación de parejas intracentro. Nos preguntábamos qué podía ocurrir para que aquellas mujeres que conseguían avanzar y/o terminar un programa demostrando madurez en bastantes planos cognitivos, se derrumbasen estrepitosamente en su relación de pareja, comportándose como piltrafas a merced de sujetos que por lo común tenían acusados rasgos caracteropáticos y las trataban de forma primitiva y violenta. De poco o nada servían argumentos disuasorios, ya que cuanto más agresivo era el trato recibido parecía que más les atraía la relación, llegando a disculpar al compañero o mentir para poder estar a su lado. Las que lograban superar el problema no sabían como habían podido estar tan ciegas. Algunas afirmaban que "les va la marcha" y que lo que les da un toxicómano no se lo puede dar ningún otro chico..."la gente normal me aburre, solo me entiende mi colega y solo soy feliz con él aunque me dé caña y me pegue" afirmaba en una entrevista una bidependiente recalcitrante. En parecidos términos se expresan chicos bidependientes respecto a su pareja aduciendo lo mismo: "las chicas normales no me dan buenas vibraciones. Sin embargo las consumidoras solo con la mirada ya saben lo que queremos y nos entendemos casi sin necesidad de hablar".

5.2 Aproximación conceptual

.Del testimonio del propio adicto y su pareja, de sus padres y hermanos e incluso de sus amigos, inferimos lo siguiente:

1º.-El bidependiente extiende la psicopatología propia de toda adicción a las relaciones interpersonales durante la etapa de consumo con unas características sobradamente conocidas: egoísmo, egocentrismo, manipulación, chantaje y extorsión, parasitismo, insinceridad, acomodamiento, etc.

2º.- Durante la etapa de consumidor activo en que mantiene dicho modelo patológico de interrelación se va adquiriendo un *aprendizaje caracteropático* que sienta las bases de la ulterior dependencia.

¹ por cierto, este aspecto no está recogido en los programas de prevención de recaídas ni entre los factores de recaída de Marlatt y Gordon y constituye un elemento sustancial más del denominado *estilo dependiente* específico del adicto

3º.- en el caso de la mujer adicta acaecen contingencias que configuran un modelado distinto, sobre todo si se unen a parejas con las que comparten su vida de adicción. Factores culturales de un lado y el aprendizaje por otro abocan en un modelo de interrelación peculiar para la mujer².

4º.- El varón adicto también *aprende* un modelo de interrelación peculiar, que más adelante se describe, y que en líneas generales es vivido como una necesidad parasitaria y utilitarista del otro (en general de alguien a quien explotar), a diferencia de la mujer que tiene una dependencia afectiva más clara. La mujer muestra sumisión, falta de autonomía y fijación afectiva irreductible en tanto que el hombre siente que *necesita a alguien* a su lado (sea cual sea esa pareja) con tal de no estar solo y poder tener a quien recurrir (más en lo material más que en lo afectivo). En el fondo ambos utilizan al otro pero la mujer lo hace más desinteresadamente. Por descontado que no siempre es así y que muchas ex-adictas pueden llegar a utilizar fríamente a sus compañeros y – a la inversa- bastantes varones adictos presentan un tipo de dependencia similar al modelo femenino antes descrito. Incluso un mismo adicto puede tener las dos formas de bidependencia según el tipo de pareja con quien conviva.

El caso de una paciente (llamémosle Vanesa) ilustra perfectamente como en un sujeto adicto se pueden dar simultáneamente los dos tipos de bidependencia:

"A lo largo de mi vida he tenido muchas relaciones, pero destacaría dos. Conocí a un señor (llamémosle Eduardo) de edad madura pero no viejo, culto y bondadoso, que me enseñó muchas cosas: como comportarme en un restaurante, como moverme en sociedad con corrección y buenos modales, me llevaba a visitar museos y leer libros de buena literatura, me daba dinero y me mantenía. Por aquel entonces yo apenas consumía, llevaba varios meses sin meterme heroína, aunque bebía y de cuando en cuando me hacía una raya de coca. Al lado de Eduardo me sentía como una reina y aunque realmente no le quería, sí que le apreciaba y le necesitaba por todo lo que me daba. Mi relación era amyormente de admiración y amistad. Lo peor venía cuando teníamos que hacer el amor y yo debía fingir pasión. Poco a poco me di cuenta que le

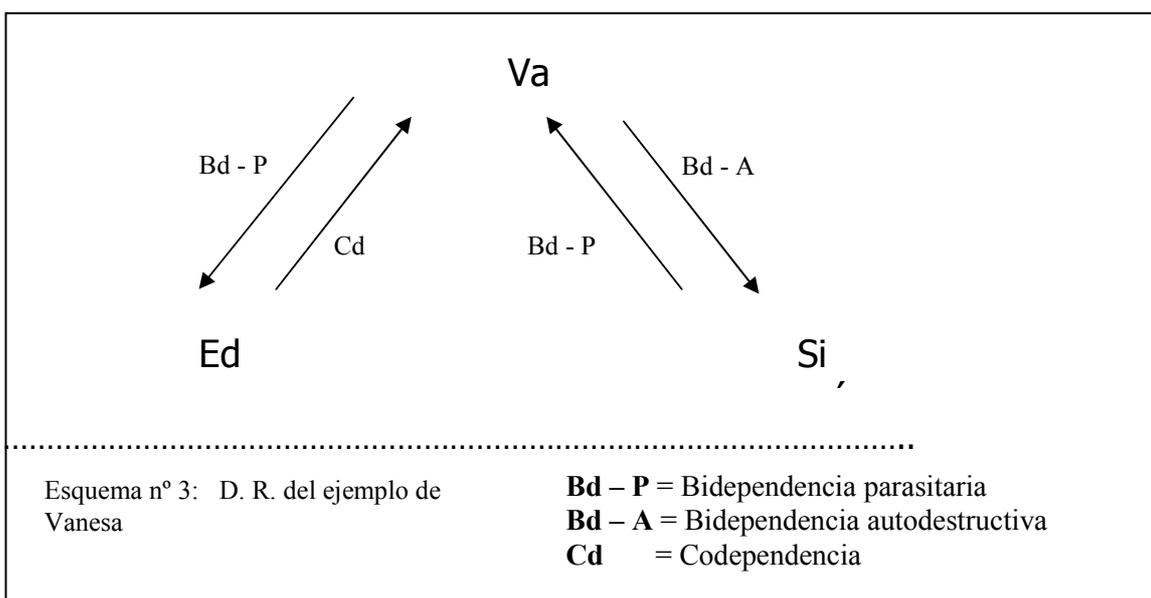
²Efectivamente un posible y estereotipado caso de aprendizaje bidependiente femenino podría ser el de aquella mujer adicta con un novio toxicómano que le suministra droga a la vez que la utiliza para conseguirla. Ambos forman una unidad frente al mundo donde –pese a sus inevitables desencuentros- solo se sienten comprendidos y solidarios el uno junto al otro. Esa especial unión (más bien comunión) presenta unos vínculos interdependientes que, aunque racionalmente entendidos como patológicos incluso por ellos mismos, tienen una consistencia difícil de neutralizar porque "nadie de fuera lo entendería". Y cuanto mayores son los esfuerzos de padres, hermanos y terapeutas por disuadirles más fuerte se hace su unión "frente al mundo"

“vampirizaba” pero él no se daba cuenta o parecía no importarle. Paralelamente mantenía relaciones con otros chicos casi siempre consumidores, con los que me sentía más auténtica y, aunque con ellos solo bebía o me hacía alguna que otra línea de farlopa, me encontraba a gusto con ellos, me daban el puntillo que yo necesitaba. Pero no quería perder a Eduardo, no solo por el interés, sino que en el fondo le apreciaba mucho. Pero esta rutina poco a poco fue degenerando. Le saqué todo el dinero y conocimientos que pude de una forma cada vez más implacable y egoísta. Yo me daba cuenta de que él notaba que cada vez le correspondía menos a su cariño pero a estas alturas ya no me importaba porque me servía, le utilizaba. Conocí a un chico (llamémosle Simón) heroinómano con el que me entendía cojonudamente y que me hacía sentir yo misma. Al principio toda nuestra relación era una fiesta, puro goce, diversión y un entendimiento especial en el que casi no hacían falta las palabras. Él tenía un carácter fuerte y un amigo común me advirtió que aunque Simón era un tipo carismático y simpático cuando estaba “de buenas”, tenía que tener ojo porque era un sujeto con un carácter violento. “Ándate con cuidado, me decía”. No le hice mucho caso, estaba fascinada por su carisma y con lo que me hacía sentir. Nadie me había hecho vibrar así en toda mi vida y las consecuencias no me importaban o no quería pensar en ellas. Sabía que él se metía droga pero me aseguraba que lo tenía controlado. Empezamos a consumir juntos de forma esporádica al principio pero cada vez más frecuente hasta que definitivamente nos enganchamos. A partir de entonces Simón se puso más agresivo exigiéndome que le sacara pasta a Eduardo para podernos meter. Cada vez necesitábamos más y yo ya no sabía que hacer para mantener ese ritmo de vida y de consumo. Ya no tenía argumentos que ofrecerle a Eduardo. Simón comenzó a pegarme y humillarme, pero yo seguía ciega; solo el pensar que podía perderle me volvía loca. Me pegaba cada vez más, pero no dejaba de quererle ni un ápice, y no es que yo fuera masoquista, muchas veces me enfrenté y le mandé a la mierda pero en cuanto pasaban unas horas le daba vueltas a la cabeza obsesionada con él y me entraba el pánico solo con imaginar que podía perderle. Eduardo al final se enteró de todo. El pobre vivió una temporada superpendiente de mí, obsesionado con atenderme y ciego con mi adicción, ya que no parecía o no quería darse cuenta de lo chunga que yo estaba. Al final yo pasaba olímpicamente de él, solo me interesaba verle para sacarle dinero, pero el muy imbécil tragaba, conformándose tan solo con tenerme cerca y cuidarme, cosa que no consiguió porque yo seguía a mi pedo. Tras mucho aguantar Eduardo no tuvo más remedio que dejarme antes de que su propia vida se hundiera más Yo ya había adelgazado 12 Kg. Simón empezó a explotarme sin escrúpulos haciendo que me prostituyera, pero como estaba tan delgada los hombres no me querían. La propia dueña del prostíbulo me dijo que si no engordaba y me quitaba la pinta de yonki no tendría ningún cliente. Nuestra vida era un caos, dormíamos a cualquier hora, comíamos mal y muy poco, sin horarios, no teníamos trabajo ni casa. En una ocasión fuimos de cunda a pillar a un poblado. Simón se cabreó conmigo por traer poco dinero diciéndome que qué mierda íbamos a pillar con eso, yo le dije que apenas me salían clientes y lo tenía que hacer por dos duros. Entonces se encendió y me pegó una fuerte paliza delante de los colegas que nos llevaban en el coche. Yo me revolví como una loca, diciéndole de todo. Él me sacó del coche

arrastrándome por los pelos y dejándome tirada en un descampado de chabolas en pleno invierno y sin abrigo mientras me decía "desgraciada que ya no vales ni para puta". Esa noche creí morirme de frío y de miedo.

Todavía hoy que han pasado dos años y me estoy rehabilitando de la droga, sigo acordándome de él con nostalgia. Le odio porque es un cabrón pero lo quiero porque es fue único que me hace sentir algo especial."

Esta historia muestra las dos modalidades de bidependencia de forma gráfica aunque un tanto extrema (esquema nº 3). La relación de Vanesa con Eduardo era de tipo parasitario, al igual que la mantenida por Simón respecto a ella, esta todavía más típica y carente de remordimientos, en tanto que la de Vanesa respecto a Simón era una bidependencia autodestructiva. Si Eduardo no hubiera roto sus vínculos con Vanesa, y hubiera consentido una relación donde el era explotado por ella, se hubiera convertido en un codependiente



La bidependencia no es exclusiva de la mujer adicta, representando una DR con entidad propia ya que no es ni una adicción al amor ni una codependencia, siendo de signo opuesto a esta última tanto en la morfología clínica, como en sus antecedentes patogénicos. Se podía incluso afirmar que la bidependencia es compatible y a veces superponible a una alteración caracteropática adquirida que guarda más elementos en común con los trastornos de la personalidad que con las propias dependencias relacionales. En el fondo la bidependencia es una actitud y como tal tiende a estabilizarse, de ahí su resistencia al cambio.

5.3 Definición del constructo BIDEPENDENCIA

La primera definición publicada (Sirvent, 1994) decía así: "la bidependencia o doble dependencia es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de

personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción (buscar recursos, comprar droga, etc.). En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante”.

Desde el primer quinquenio de los 90 venimos proponiendo operativamente el término bidependencia o doble dependencia (a sustancias y afectiva respectivamente) para describir la naturaleza de la dependencia relacional que pueden presentar sujetos adictos como un fenómeno comportamental derivado de la propia adicción y añadido a ésta que *suele perdurar* tras la deshabitación dado que tiende a ser una faceta estable de tipo cuasi caracterial que se aprende y adquiere durante la etapa de consumo activo.

La **bidependencia** la **definirían** asimismo las siguientes **características**:

- Es un hábito relacional acomodaticio, pasivizante e inhibidor de la autonomía, específico de adictos a drogas, sin descartar que se pueda presentar en adicciones no químicas ya que el condicionante *no es* la sustancia sino el *tipo de vida* que realiza el adicto
- Provoca la dependencia de personas y situaciones con tendencia a la reiteración. El bidependiente busca obsesivamente a la pareja, minimizando, obviando u ocultando sus defectos a la vez que destacando que dicha persona es la única que le estimula como ella quiere.
- Se suele tener una falta de conciencia real del problema con inhibición de la propia autonomía o delegación de la toma de decisiones
- Suelen presentarse sentimientos de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia las relaciones intensas y hasta peligrosas (aunque sean perniciosas).
- La bidependencia tiene **dos subtipos** clínicos: **autodestructiva** y **parasitaria**. La primera, que es la más común, se da más frecuentemente en mujeres, es la que venimos describiendo a lo largo de todo este apartado. El segundo subtipo, bidependencia parasitaria, es una forma clínica sociopática más frecuente en varones caracterizada por parasitismo, búsqueda de sensaciones, manipulación sistemática, egoísmo y egocentrismo
- Tendencia a la reiteración. Cuando el bidependiente por fin consigue romper la relación patológica, reanuda otra con un sujeto de parecidas características con el que mantiene similares vínculos y análoga problemática, lo que refuerza la sensación de que –ante todo- la bidependencia es una *actitud* vital y por tanto un rasgo del carácter estable y difícil de cambiar. Los mismos pacientes admiten que son así, que parecen condenados al sufrimiento en sus relaciones.
- Diferencias entre las bidependencias masculina y femenina:
en la tabla 7 enumeramos algunas diferencias dignas de consideración. Realmente no son modalidades específicas del hombre o la mujer aunque sí predominantes.

Tabla 7: Diferencias entre las bidependencias masculina y femenina

Bidependencia predominantemente femenina	Bidependencia predominantemente masculina
Más frecuente	Menos frecuente
.....
Modalidad; autodestructiva	Modalidad: parasitaria
Necesita obsesiva y pasionalmente a la pareja	Utiliza a la pareja para conseguir algo
Se somete a la pareja	Somete a la pareja
Sentimiento de inescapabilidad	Sentimiento de posesión
Analogía con los trastornos de la personalidad límite y dependiente	Analogía con trastornos de la personalidad límite y antisocial

Respecto a las componentes del amor³ intimidad, pasión y compromiso de Sternberg (actualización de 1998), el bidependiente presentaría - en comparación con otros D.R.- los perfiles señalados en la tabla 8.

³ Para Sternberg la intimidad se refiere a aquellos sentimientos que se dan en la relación humana y que fomentan la proximidad, el vínculo y la conexión. La pasión es, en gran medida, la expresión de deseos y necesidades tales como la autoestima, la afiliación, el dominio, la sumisión y la satisfacción sexual. El compromiso es la decisión de amar a cierta persona y el mantenimiento en el tiempo de dicho amor.

Tabla 8: Perfil de los dos tipos de Bidependencia

1) Bidependencia pura (más frecuente en mujeres adictas)

D. RELACIONAL	INTIMIDAD	PASIÓN	COMPROMISO
Adicción al amor	-	+	+
Codependencia	-	-	+
Bidependencia	+ (distorsionada)	+	+ (irracional)

2) Sociopatía bidependiente (más frecuente en adictos varones)

D. RELACIONAL	INTIMIDAD	PASIÓN	COMPROMISO
Adicción al amor	-	+	+
Codependencia	-	-	+
Bidependencia	-	+/-	-

5.4 Etiología

La bidependencia *se aprende* durante la vida de adicto y más concretamente durante la escalada de consumo. El adicto, alcohólico, ludópata o drogodependiente, para alimentar su adicción necesita engañar a sus allegados –familiares y amigos- ensimismándose, mintiendo, manipulando y acercándose cada vez más al mundo de la adicción a expensas de un aislamiento comunicacional voluntario. A lo mejor ese aislamiento no se nota porque sigue en contacto con el mundo, pero se comunica de otra manera, más recelosa y desconfiada. Poco a poco se va separando del entorno normal mientras se acerca a su propio ambiente social que en el caso de sujetos alcohólicos, ludópatas o adictos a drogas legales puede ser un bar o la soledad de una habitación en su propia casa. En el caso de drogodependientes su acercamiento será al submundo marginal. Merced a su estilo consumista, hedonista y sociopático se va separando y en la mayoría de ocasiones enfrentando a familiares y allegados o en su defecto viviendo una doble vida a la vez que se aproxima y afilia al grupo de iguales (de adictos), o establece una relación de pareja o de amistad que le puede aislar de los anteriores entornos. En ese momento el sujeto presenta un *estado especial de disponibilidad* (aislado, enfrentado al mundo, marginado, sin que nadie le entienda, etc.) que le

predispone a establecer unos lazos afectivos (T. Reik, 1944) que en otras condiciones no se hubieran dado. El adicto *necesita* a alguien para llenar su vacío interior, siendo este aspecto frecuentemente verbalizado por mujeres adictas⁴. Asimismo se produce un *efecto halo* potenciador (teoría del intercambio de Thibaut y Kelly) para el enamoramiento porque en estas circunstancias el nivel de comparación disminuye a la par que se perciben potenciadas las cualidades del otro que se tornan *especialmente atractivas*⁵. Otro elemento facilitador concurrente lo encontramos en la adopción de un estilo relacional basado en la similitud de actitudes y la complementariedad de necesidades (teoría del equilibrio de Newcomb). Según la teoría de la reafirmación, la atracción hacia el otro aumenta cuando en su presencia concurren elementos reforzadores (Lott). En numerosas ocasiones la persona adicta, incluso ex-adicta, busca su pareja entre sus iguales, en principio aduciendo que *se aburre con las personas normales* o que no se entiende con los demás (a veces ocurre al revés, que el adicto o ex - adicto odia a sus iguales). A este propósito las teorías de la equidad de Walster y Berscheid (Boston 1978) aseguran que el sujeto se siente más atraído y experimenta mayor intimidad hacia aquellas personas con las que tiene una relación equitativa. Sabido es que la similitud (edad, educación, afinidades, etc.) contribuye a aumentar la atracción interpersonal (Burgess y Wallin, 1953) (Skolnick 1981) Un estudio de Hill, Rubin y Peplau (1976) subraya la importancia tanto de la similitud como de la reciprocidad en las relaciones interpersonales. Más lejos llegan Huyston y Levinger (Palo Alto, 1978) argumentando: 1º que el sujeto considera la similitud como algo positivo en sí misma, 2º la similitud puede potenciar la autoestima, 3º la similitud presagia un futuro de mayor confianza y seguridad y 4º no solo influye la similitud, sino la confianza en las respuestas emocionales.

En mi opinión el bidependiente mantiene relaciones similares pero de reciprocidad asimétrica. Lo que explicaría –al menos parcialmente- cómo llegan a perpetuarse relaciones aparentemente conflictivas o acabadas es que la cantidad de castigos se ve compensada con pocos pero suculentos refuerzos positivos que, por inéditos, resultan doblemente reforzadores (un adicto, en virtud de su condición le *llega* o estimula como nadie a su pareja y viceversa). Otros argumentos quizá más convincentes que justifican la absurda perpetuación de relaciones aparentemente rotas entre adictos se fundamentan en lo siguiente: 1. - La pura inercia: la adicción favorece el acomodamiento a

⁴ Melanie Klein afirma que el amor deriva de la dependencia de los demás para satisfacer necesidades personales

⁵ Una intimidad muy especial en la que uno “sabe” lo que hace el otro y se comparten sentimientos solidariamente (ellos dos frente al mundo) pero donde muy pocas veces se tiene una verdadera intimidad, ya que esta está distorsionada por la mistificación (autoengaño de ambos), por la percepción alterada de la realidad que tienen los adictos y por la deseabilidad o fantasía con que envuelven sus argumentos casi siempre apragmáticos.

situaciones que pocos soportarían (vivir en cualquier sitio y de cualquier forma, conflictos permanentes, etc.) porque lo único que le motiva es el consumo. Lo demás –incluida la pareja- le da igual. Experimenta la relación como un instrumento necesario para sobrevivir. 2.- Los estudios de Kagan y Moss (1962) descubrieron que la pasividad y la tendencia a depender de los adultos son dimensiones estables en las chicas hasta la época adulta. La niña depende de sus padres y transfiere la dependencia al marido, aunque se muestra independiente con sus amistades. El hombre, por el contrario, se muestra independiente con padres y esposa y dependiente con los iguales (amigos). Interpretando a Jean Baker (Boston 1987), la mujer adicta tendría una insuficiencia, una falta de capacidad para valorar y dar crédito real a sus pensamientos, sentimientos y acciones. Es como si hubiera perdido del todo el sentido de satisfacción o nunca hubiera tenido derecho a la misma a lo que debemos añadir a la sensación de que “aquí debería estar otra persona”. Dicha necesidad produce depresión. Además un rasgo central anterógrado deviene de que la mujer se desarrolla en un contexto de vínculo y afiliación con los demás, El sentido de identidad femenino se organiza alrededor de crear y mantener afiliaciones. Muchas mujeres perciben la amenaza de la ruptura de una afiliación no solo como la pérdida de dicha relación, sino como algo próximo a la pérdida de la identidad. En el caso de la mujer adicta que vive por y para su compañero, el hecho de poder llegar a actuar y reaccionar en función de sus verdaderas necesidades pasaría por la recuperación de la autonomía pagando el precio de prescindir de la afiliación, abocando hacia una redefinición de su identidad independiente y autodirigida, lo que en absoluto es fácil, entre otras cuestiones porque lo anterior supone la mayor parte de veces una larga intervención sobre algo que forma parte del esqueleto caracterial de la mujer adicta (y también del adicto).

Puede resultarle difícil al clínico, empleando el mero manejo de contenidos, averiguar la verosimilitud de lo que expresa un adicto, no porque este voluntariamente le engañe (cosa harto frecuente) sino porque tiene tal mistificación o sesgo de realidad que, aunque manifieste una auténtica voluntad de expresar su intimidad (a la pareja, al terapeuta, etc.) difícilmente será no ya objetivo sino veraz. La insinceridad del adicto es una caracteropatía aprendida, y por tanto un rasgo peligrosamente estable que interfiere sobremanera su intercomunicación. Es lo que Wilhelm Reich denomina *coraza caracterial* o defensa narcisista que puede tratar de compensar un sentimiento de inferioridad. Observamos una pauta típica de resistencia, un mecanismo defensivo cuyo trasunto es el estilo defensivo y afecta al modo de ser global del adicto. El clínico, entonces deberá estar atento a los contenidos explícitos, pero, además –y muy especialmente- al modo en que se comporta el drogodependiente, al estilo y, en definitiva, a su forma de ser, dado que la patología relacional del adicto, y muchas veces del ex adicto, constituye –insistimos- un patrón estable de comportamiento compatible con una caracteropatía o alteración de la personalidad.

En nuestra opinión la alteración caracterial más frecuente en bidependientes, tanto en varones como en mujeres, es un híbrido entre los trastornos límite y

por dependencia ⁶de la personalidad. Una minoría de mujeres presentan trastornos de tipo pasivo-dependiente y una minoría de hombres, trastornos de

⁶ Trastornos de la personalidad (DSM-IV) límite y por dependencia

T. límite de la personalidad:

Esfuerzo frenético por evitar el abandono real o imaginado

Relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por alternancia entre idealización y devaluación

Alteración de la autoimagen y de la identidad acusada y permanentemente inestable

Impulsividad

Intentos o amenazas de suicidio

Intensa reactividad del estado de ánimo que provoca inestabilidad afectiva

Sentimientos crónicos de vacío

Ira inapropiada e intensa

Dificultades de autocontrol

Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés

Trastornos de la personalidad por dependencia

Dificultades para tomar decisiones

Necesidad de que otros asuman responsabilidades

Dificultad para expresar desacuerdos por temor a pérdida de apoyo

Dificultad para iniciar proyectos por falta de autoconfianza

Va demasiado lejos en su deseo de lograr protección

Se siente incómodo cuando está solo debido sus temores para cuidar de sí mismo (falta de autonomía, ver definición original de bidependencia)

Cuando termina una relación busca otra que le proporcione cuidado y apoyo (gran coincidencia con la reiteración de la bidependencia)

Se siente preocupado de forma no realista del miedo a que le abandonen (gran coincidencia con la reiteración de la bidependencia)

tipo antisocial ⁷. En un estudio psicopatológico comparado de 52 varones y 35 mujeres mediante la escala PAI (personality assesment inventory) (Fundación Instituto Spiral, Madrid 1998) se obtuvieron mayores puntuaciones en la inestabilidad afectiva (BOR- A o rasgos borderline) en una proporción de hasta un 39% de elevación de escala en el grupo de mujeres contra un 8,7% en el de hombres, un 56% de mujeres borderline presentaban problemas de identidad. Otro hallazgo importante era la marcada elevación prevalente en las mujeres de la subescala BOR-S que remite a una mayor frecuencia de conductas autopunitivas (36, 5%).

En la escala antisocial (ANT) se encontró que la prevalencia de rasgos de impulsividad y búsqueda de situaciones de peligro fue la misma en ambos sexos, si bien la búsqueda de estímulos fue el doble de alta en las mujeres que en los varones

El/la adicto se vuelve acaparador y egotista, limitando su comunicación al plano que le resulta menos oneroso y comprometido posible. Transmite sus confidencias a la pareja a la que paralelamente hace cómplice. Si su pareja no es consumidora, por lo general tampoco estará informada de todas las contingencias, salvo en aquellas ocasiones en las que el adicto no tiene reparo en contar lo que le pasa porque domina la relación o la otra parte ignora las consecuencias reales de su trastorno, o acaba teniendo importantes conflictos cuando la pareja definitivamente se da cuenta y conoce lo que le pasa.

Pero las relaciones más interesantes para conocer la bidependencia son aquellas en las que ambos miembros son drogodependientes o cuando solo uno lo es pero el otro está engañado o ignora el problema. En estos casos el adicto se *maneja funcionalmente* y puede permitirse una relación como la expresada en compatibilidad con la vida de consumo, lo que le aporta una intimidad que de otro modo nunca tendría, con lo que incrementa la tasa de refuerzo a la vez que va progresando en el aprendizaje sociopático para mantener este tipo de relación. A este propósito son interesantes los experimentos de Berscheid y Walster (Boston 1978) que prueban como la mutua atracción aumenta cuando el ambiente externo se vuelve hostil o resulta amenazante. El hostigamiento de familiares, allegados, etc. sirve de detonante (arousal) en una situación límite: ellos frente al mundo. Además no podemos olvidar que la vida de un adicto oscila desde la sobreestimulación de la droga, de determinados ambientes, situaciones, estados de riesgo y peligro hasta la privación de estímulos y la falta de actividad que le provoca un insoportable vacío que llena recurriendo a la pareja.

⁷ Recordemos que los trastornos de personalidad son patrones inflexibles de experiencia interna y comportamiento, suponiendo el trastorno límite de la personalidad (el más frecuente en esta población) un patrón de inestabilidad en la relación interpersonal, la autoimagen y los afectos y de una notable impulsividad (datos de la clasificación DSM-IV)

Un factor que nutre la bidependencia es la rigidez forzada de los límites del yo del adicto ⁸ que en su carrera toxicofílica se va paulatinamente impermeabilizando al mundo exterior a la vez que reserva su único espacio de (pseudo) intimidad para la pareja que se hace exclusiva depositaria de la misma. Tanto el uno como el otro *creen* compartirlo todo. Realmente es una fantasía de intimidad ya que durante la etapa de militancia en el consumo el mundo se percibe de forma alterada y el yo tampoco es el auténtico ego del sujeto. Sin embargo la *sensación* subjetiva es que existe una perfecta y armoniosa relación que además es única, ya que nadie puede entrar en la misma ni mucho menos entender lo que hay entre ambos. Este nexo es tan especial e intenso que aboca en dependencia relacional, en una doble dependencia o bidependencia. Y esta dependencia estará más regida por las leyes de la dependencia química que por las de la dependencia amorosa ⁹ En realidad es *una fantasía de relación* que –no obstante– evoca un anhelo de la misma incluso cuando se supera la adicción química y que conduce a la reanudación de relaciones con el peligroso código referencial de la época en que se consumía. El ex adicto vuelve con la pareja porque se siente comprometido con la única persona que le entiende y con la que conecta emocionalmente de una forma muy especial, máxime cuando las demás relaciones no solo le aburren sino que le evocan con mas fuerza anteriores momentos de hiperestimulación sensorial y sentimental.

Respecto a la etiopatogenia de este proceso comparado con las otras D.R. estudiadas en la tabla 9 podemos observar que en la adicción al amor o dependencia emocional se presumen antecedentes de carencias afectivas en la infancia que abocan en un proceso caracteropático que bien podría parecerse al trastorno de personalidad por dependencia, aunque otros autores¹⁰ proponen una categoría específica. En la misma tabla 9 podemos comprobar que la codependencia se gesta claramente en la edad adulta (los hijos de alcohólicos rara vez lo son) y termina siendo el raro y enquistado proceso adaptativo que se describe en el apartado referido a la codependencia. Por último acabamos de decir que la bidependencia tiene su origen en la adolescencia tardía o –más

⁸ Es bastante frecuente que el adicto tenga límites rígidos o autoprotectores. Cuando se enamora consigue eliminar parcialmente los límites fusionándose las dos personalidades, con lo que se supera la soledad y se recupera la autoestima y en cierta medida la identidad. (Scott Peck)

⁹ El sujeto bidependiente mantiene una relación con su pareja parecida a la que sostiene con la sustancia. Predomina el egoísmo, la búsqueda de sensaciones, los arrebatos compulsivos, la imperiosidad e impaciencia, la manipulación afectiva del otro y la anteposición de consecución de droga a cualquier otra cosa

¹⁰ Castelló Blasco (Valencia 2000) propone que las dependencias emocionales sean consideradas como un trastorno específico de la personalidad, dado que cumple todos los requisitos: afecta la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal, el control de los impulsos, es persistente, inflexible, abarca numerosas situaciones personales y sociales, es de larga duración y de inicio temprano y no se debe a otro trastorno mental.

frecuentemente- en la adultez y que por la severidad de su nosología va más lejos que el mero trastorno adaptativo de magnitud neurótica, llegando al nivel caracteropático dado que es una actitud que se manifiesta en forma de tendencia permanente a repetir un comportamiento y es sumamente refractaria a la modificación por la terapia. Tal y como se recoge en la tabla 9 tendría una envergadura patógena semejante al trastorno límite de la personalidad la forma autodestructiva (de bidependencia), asemejándose más al trastorno antisocial de personalidad la forma parasitaria de bidependencia. Hay casos menores o más manejables de bidependencia que se pueden considerar como meros procesos reactivos (neurosis *blandas*) que se tratan con relativa facilidad.

Tabla 9: Etiopatogenia de las dependencias relacionales

Tipo de D.R.	<i>Antecedentes</i>	Psicopatología
Dependencia emocional	Infancia	T. de la personalidad
Codependencia	Edad adulta	T. adaptativo
Bidependencia	Adolescencia / adultez	- Tipo autodestructivo: Tº. por dependencia y Tº. neurótico (casos leves) - Tipo parasitario: Tº antisocial

5.5 Clínica de la bidependencia.-

Una vez definido el concepto de bidependencia y desarrollada su etiopatogenia conviene abundar en la clínica del proceso: descriptores, diagnóstico diferencial, y evaluación, dejando para otro momento el abordaje terapéutico del proceso. Respecto a la evaluación, uno de los objetivos de la investigación que se resume al final de este trabajo era poder crear un instrumento evaluativo seguro y eficaz, por lo que remitiremos al lector a la investigación y apéndices con los cuestionarios y su corrección. Sin embargo, creemos que con la pormenorizada descripción clínica contenida en el trabajo tenemos datos sobrados para efectuar un diagnóstico positivo de los diferentes tipos de bidependencias existentes.

Partimos del supuesto de que la bidependencia es un constructo que significa dependencia sobre dependencia, o, lo que es lo mismo, una dependencia relacional instalada en un sujeto con dependencia de sustancias. El sujeto no adicto puede desarrollar una codependencia como respuesta –entre otros factores- al comportamiento bidependiente del adicto (ver en el anterior ejemplo de Vanesa la figura de Eduardo). En definitiva, la codependencia es la imagen antagonista de la bidependencia

Un constructo de nueva creación precisa de una pormenorizada enumeración de elementos descriptivos con sus correspondientes matices para que el profesional o interesado sepa cualificar lo mejor posible el proceso.

Hemos clasificado los descriptores siguiendo criterios de especificidad o inespecificidad en relación con el constructo, de primero y segundo orden según el nivel de importancia o presumible peso específico que dicho descriptor tenía en relación con el constructo. Dichos descriptores se relacionaron *antes* de efectuar la investigación, siguiendo criterios empírico-observacionales. Tras la investigación matizamos la importancia relativa de algunos de dichos descriptores, pero los desarrollaremos tal como se expresaron en su origen porque creemos son válidos, útiles y de valor heurístico¹¹.

5.5.1 Descriptores clínicos de la bidependencia:

Utilizamos este feo pero práctico término para enumerar los principales elementos sustanciales descriptivos jerarquizados relativos al término bidependencia, partiendo de fundamentos observacionales y empíricos junto a varias investigaciones cualitativas y una cuantitativa que nos sirvieron para aquilatar el término y sentar las bases de las siguientes investigaciones, la primera de las cuales se expone en este mismo trabajo y la siguiente –más refinada- se sigue realizando a la hora de redactar estas líneas. La metodología utilizada y los resultados encontrados se explican más adelante.

◆ *Descriptores específicos de primer orden*

Son aquellos que poseen un alto grado de especificidad, los más íntimamente relacionados con el constructo bidependencia y en teoría los más aproximados al concepto nuclear son los denominados de primer orden. Dicha consideración se realizó –insistimos- antes de la investigación, aunque se había efectuado un trabajo pre-test cuantitativo y varios cualitativos, que más adelante se describen, que nos permitieron matizar las hipótesis de trabajo

- a) Capacidad de decisión y determinación voluntariamente anulada o disuelta en el otro, salvo en lo referido a la obtención de droga.
- b) Sojuzgamiento (más frecuente en varones) y sometimiento (más frecuente en mujeres), aunque muchas veces ocurre a la inversa. También es habitual que un bidependiente mantenga alternativamente relaciones de uno u otro tipo (parasitario o de sometimiento), como en la anterior historia de Vanesa de este mismo apartado.

¹¹ Insistimos en que varios de los descriptores que no eran de primer orden, tras la investigación, pasaron a serlo. Del primer cuestionario de 85 ítems hemos pasado a otra forma más reducida y eficaz de 25 ítems que –junto a una batería de investigaciones cualitativas- forman el grueso de la última investigación sobre bidependencia, próxima a publicarse

- c) Parasitismo y chantajismo emocional: dar para obtener algo a cambio. Estos comportamientos lo mantienen casi todos los bidependientes en mayor o menor grado, sobre todo si se les permite, es una tendencia natural.
- d) Instrumentalización de la relación en pro de beneficios secundarios (utilización de los demás). Dichos beneficios pueden ser droga, dinero, seguridad, placer, protección, alta estimulación, etc.
- e) Repiten este comportamiento con sucesivas parejas (no aprenden de los errores). Esa tendencia a la reiteración no solo se manifiesta en su conducta, sino que buscan un determinado perfil de sujeto (por ejemplo carismático, agresivo, marginal, consumidor, etc.) que como se ve no coincide con el ideal de príncipe azul. Los bidependientes varones de tipo parasitario buscan mujeres sugestionables de carácter débil a quienes explotar fácilmente.
- f) Necesitan a los demás para sentirse completos. Ellas porque no pueden vivir sin el, ellos porque la necesitan para obtener la droga.
- g) Manipulan sentimientos del otro o de los demás jugando sistemáticamente con la culpa y el reproche.
- h) Piden y esperan amor incondicional (disponibilidad tiránica y permanente del otro).
- i) Se puede presentar tanto en sujetos con adicción actual como en ex adictos o personas ya curadas que se instalan en esta patología relacional. Este es un aspecto muy importante. En su momento afirmamos que la bidependencia era ante todo una actitud con tendencia a la persistencia y reiteración, representando un importante factor de riesgo dado que quienes la padecen tienden a reproducir dicho comportamiento, bien recuperando o manteniendo a su anterior pareja, bien buscando una nueva de características similares. Incluso aun cuando la nueva pareja sea de un cariz distinto, la forma de relacionarse con ella puede conducir a que reaparezca idéntica patología por el estilo o impronta con que el bidependiente contamina su relación.

◆ *Descriptorios específicos de segundo orden*

Son aquellos que aun teniendo un alto grado de especificidad, no se consideraron a priori (antes de la investigación) de primer rango diagnóstico. Luego pudimos observar que no era así, y que la mayoría de bidependientes tienen un buen número de síntomas de esta naturaleza.

- a) Intentan evitar el abandono (real o imaginario). O lo que es lo mismo, temor obsesivo a quedarse solos o privados del ser querido.
- b) Sentimiento crónico de vacío, más acusado en mujeres, aunque también frecuente en hombres.
- c) Tienen dificultades para acotar la intimidad, para definir las fronteras del ego
- d) Incapacidad selectiva para evaluar los efectos adversos de una relación, como una ceguera voluntaria irreductible a los argumentos del exterior.

- e) Inescapabilidad o dificultad para liberarse. A veces aun cuando el sujeto se pueda llegar a dar cuenta de lo que pasa, se siente atezado, incapaz de salir de la situación.
- f) Tienden a recrear sentimientos negativos.
- g) Puede ser dependencia situacional en vez de relacional. A veces es una situación o circunstancia en la que se involucran una o varias personas la que atrapa al sujeto bidependiente (embarazo en situación difícil, dependencia económica, sojuzgamiento por persona muy violenta, etc.).
- h) Tienden a recrear sentimientos negativos.
- i) Reaccionan extremadamente al cambio o ante lo desconocido: o sienten temor o se lanzan irreflexivamente.
- j) Historia familiar y personal tormentosa (abusos, maltrato, abandono, carencias afectivas, etc.).
- k) Se gesta en la etapa durante la cual el adicto se ve obligado a comprar droga, es –pues- un proceso aprendido en la edad adulta (o en la adolescencia tardía en casos más precoces).

◆ *Descriptores inespecíficos*

Son aquellos que –aunque inespecíficos- pueden aplicarse, incluso describir perfectamente muchos de los aspectos definitorios de la bidependencia.

◆ *Descriptores inespecíficos de primer orden*

Son aquellos que –sin ser específicos- están estrechamente relacionados con el constructo bidependencia. Dicha consideración se realizó antes de la investigación definitiva, aunque se había efectuado un trabajo pre-test cuantitativo y varios cualitativos, que más adelante se describen, que nos permitieron matizar las hipótesis de trabajo

- a) Mantienen relaciones inestables e intensas.
- b) Más frecuente en mujeres.
- c) Tienden a la exculpación propia y a la inculpación del otro
- d) Se quejan pero no se plantean adoptar soluciones (más frecuente en mujeres).
- e) Baja conciencia del problema (más frecuente en hombres).
- f) Busca soluciones fuera de sí mismo/a.
- g) Tiende a relacionarse con personas problemáticas (más frecuente en mujeres).
- h) Autodestructividad, no en forma de comportamientos autoagresivos concretos (ver siguiente epígrafe) sino como una forma insidiosa y continua de irse autoanulando y destruyendo. En ocasiones si aparecen conductas autolíticas fruto de la desesperación o de una personalidad clásica.

1

◆ *Descriptores inespecíficos de segundo orden*

Son aquellos que –sin ser específicos- no se consideraron a priori (antes de la investigación) de primer rango diagnóstico. Luego pudimos observar que no era así, y que la mayoría de bidependientes tienen un buen número de síntomas de esta naturaleza

- a) Intentos fallidos de auto y heterocontrol emocional.
- b) Baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento.
- c) Unidireccionalidad (todos sus mensajes van en el mismo sentido).
- d) Rechazan o abusan del compromiso.
- e) Recurren a otros en busca de su propia afirmación y valía.
- f) Presenta anormatividad o problemas con la autoridad.
- g) Autoestima lábil que oscila desde el narcisismo a la infravaloración.

❖ **Descriptores no incluidos**

Son aquellos que no se tuvieron en cuenta tras el filtrado inicial (cualitativo y cuantitativo) por su escasa pertinencia pese a que pueden aparecer en conceptos relacionados o afines con los que establecer diagnóstico diferencial

- a) Actitud expectante (on line)
- b) Defensa inapropiada de sus derechos (hipoassertividad)
- c) Comportamientos autodestructivos (concretos), ya que la autodestructividad es una característica principal que incluso da nombre a la forma clínica más frecuente de bidependencia
- d) Afición desmedida al consejo emocional
- e) Temen el abandono ante la separación rutinaria
- f) Desean y a la vez temen la intimidad
- g) Pueden parecer bidependientes personas no adictas con comportamientos análogos

5.5.2 Diagnóstico diferencial

Al ser un proceso con formas clínicas diversas podemos establecer un diagnóstico diferencial tanto con procesos reactivo- adaptativos, como con trastornos sociopáticos.

Obviamente las D.R. son los trastornos más parecidos a la bidependencia, si bien la codependencia es la que guarda más similitudes. Hemos desarrollado en la tabla 10 algunas de las principales áreas a explorar en codependencia y bidependencia.

La bidependencia no es un fenómeno exclusivo de los drogodependientes clásicos, sino que pueden padecerla sujetos alcohólicos y adictos no químicos. Además hemos encontrado modelos de comportamiento cuasi bidependiente en sujetos no adictos que tenían una especial forma de percibir y actuar en sus relaciones de pareja y a quienes ayudaron más las pautas terapéuticas que adoptamos para bidependientes que las convencionales en terapia de pareja.

Tabla 10: Áreas a explorar en la codependencia y bidependencia

Codependencia	<i>Bidependencia</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Libido ¿presenta el codependiente una libido mediatizada por la dependencia relacional?. ➤ Intrusividad, hipervigilancia e hipercontrol de la vida ajena hasta el punto de la autonegligencia. ➤ Hiperfrecuentador del “consejo” sentimental y a su vez hiperconsejero. ➤ Experimenta sensación de indefensión, inescapabilidad, depresión y culpa. Está enganchado a una situación recurrente y sin salida, una pesadilla en la que por más que corre nunca avanza. ➤ Todo pertenece a la zona de intimidad y sin embargo, no es capaz de abrirse a los demás. ➤ Culpa ➤ Infancia (traumática, abusos físicos y psíquicos) ➤ Empatía patológica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconfianza ➤ Distanciamiento social ➤ Retracción emocional ➤ Impulsividad ➤ Falta de remordimiento ➤ Relaciones inestables e intensas ➤ Identidad de imagen inestable ➤ Sentimiento crónico de vacío ➤ Baja tolerancia a la frustración ➤ Baja tolerancia al dolor ➤ Susplicacia o sensibilidad ➤ Falta de remordimiento ➤ Irresponsabilidad, imprudencia e inconstancia ➤ Inestabilidad afectiva ➤ Compulsiones

Enumeraremos algunos procesos con los que efectuar **diagnóstico diferencial**:

- ❖ La **bidependencia autodestructiva leve** tendría similitudes con:
 - la reactividad anímica
 - trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo
 - trastornos de ansiedad
 - trastornos adaptativos

- ❖ La **bidependencia autodestructiva severa** tendría similitudes con
 - trastorno límite de la personalidad
 - trastorno por dependencia de la personalidad
 - trastornos obsesivo compulsivos

- ❖ La **bidependencia parasitaria** tendría similitudes con
 - trastornos del control de los impulsos

- trastorno antisocial de la personalidad

❖ **Otros conceptos relacionados**

- Burn-out (codependencia)
- Indefensión aprendida (codependencia y bidependencia)
- Síndrome del cuidador (codependencia)
- Trastorno de la personalidad tipo límite (bidependencia)
- Trastorno de la personalidad pasivo-agresivo (codependencia y bidependencia)
- Trastorno de la personalidad de tipo psicopático (bidependencia)
- Depresión reactiva (codependencia)
- Trastorno de adaptación (codependencia)
- Trastorno de ansiedad por separación (codependencia)

6. INVESTIGACIÓN:

Pretendíamos verificar y describir psicométricamente el constructo *bidependencia* entre la población adicta con hipótesis basadas en el anteriormente descrito conjunto sindrómico estableciendo además un instrumento de evaluación de la bidependencia

1. Punto de partida descriptivo:

Simplemente enumeramos los que nos parecen más concretos a priori con ánimo de establecer una definición final más ajustada, fruto de la investigación.

Los **datos seleccionados** son:

- La bidependencia o doble dependencia se referiría a la naturaleza de la dependencia relacional que pueden presentar sujetos adictos, siendo un hábito relacional acomodaticio, pasivizante e inhibidor de la autonomía, específico de adictos a drogas, sin descartar que se pueda presentar en adicciones no químicas ya que el condicionante *no es* la sustancia sino el *tipo de vida* que realiza el adicto
 - Necesidad del otro: la bidependencia provoca dependencia de personas y situaciones con tendencia a la reiteración. El bidependiente busca obsesivamente a la pareja, minimizando, obviando u ocultando sus defectos a la vez que destacando que dicha persona es la única que le estimula como ella quiere
 - Reiteración
 - Falta de conciencia del problema con inhibición de la propia autonomía o delegación de la toma de decisiones e incompetencia resolutoria: los demás le resuelven los problemas
- Inescapabilidad
- Es más frecuente en la mujer que en el varón adulto

- ¿De quién se depende? En el caso de mujeres, habitualmente se depende de una figura protectora que puede ser de distinto sexo: padre, marido, pareja, proxeneta, protector (cliente-mecenas), o del mismo sexo: madre, hermana, amiga, pareja.. a veces de varios. Los padres, la familia en pleno, etc.
- Suelen presentarse sentimientos de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia las relaciones intensas y hasta peligrosas (aunque sean perniciosas).
- La bidependencia tiene dos subtipos clínicos: autodestructiva y parasitaria. La primera, que es la más común, se da más frecuentemente en mujeres y guarda semejanzas en su forma leve con trastornos adaptativo-neuróticos y en su forma severa con el trastorno por dependencia de la personalidad. El segundo subtipo, bidependencia parasitaria, es un subtipo clínico sociopático más frecuente en varones caracterizado por parasitismo, búsqueda de sensaciones, manipulación sistemática, egoísmo y egocentrismo que guarda semejanza con el trastorno antisocial de la personalidad. Ambas formas clínicas (autodestructiva y parasitaria) tienen rasgos en común con el trastorno límite de la personalidad
- Clara tendencia a la reiteración. Cuando el bidependiente por fin consigue romper la relación patológica, reanuda otra con un sujeto de parecidas características con el que mantiene similares problemas, lo que refuerza la sensación de que –ante todo- la bidependencia es una *actitud* vital y por tanto un rasgo del carácter estable y difícil de cambiar. Los mismos pacientes admiten que son así, que parecen condenados al sufrimiento en sus relaciones.
- Diferencias entre las bidependencias masculina y femenina: en la tabla 7 enumeramos algunas. Realmente no son modalidades específicas del hombre o la mujer aunque sí predominantes.

2. Método

2.1 Criterios de inclusión en la muestra:

- Ser adicto
- Haber tenido una o más parejas con vínculos como los arriba tipificados de bidependientes, fundamentalmente: dependencia emocional, irracionalidad de la misma o pseudo-conciencia del problema, sumisión, pasividad, delegación de toma de decisiones, tendencia a la reiteración, sentimientos de vacío e inescapabilidad, acomodación relacional.
- Tener al menos 5 ó más descriptores específicos de primer orden, 3 ó más descriptores específicos de segundo orden y 5 ó más descriptores inespecíficos.
- El subtipo sociopático presentaría parasitismo, chantajismo emocional, egotismo, búsqueda de sensaciones, manipulación o extorsión y dominación

2.2 Muestra:

El muestreo fue intencional, voluntario y polietápico. El número total de adictos evaluados fue de 141 y el de controles se formó con 30 personas igualmente voluntarias y sin ningún tipo de filiación con la entidad que realizó el estudio. La muestra de adictos se constituyó con 46 alcohólicos con edades comprendidas entre los 24 y los 59 años. El resto (95) lo constituían drogodependientes cuyas principales drogas de consumo eran heroína y cocaína cuyas edades estaban comprendidas entre los 17 y los 53 años. El grupo control estaba formado por 30 personas de 25 a 57 años, un 52% con estudios de bachillerato. Un 53% de los mismos solteros.

2.3 Instrumentos

Se emplearon métodos de investigación cualitativa y cuantitativa.

- ◆ Para la investigación cuantitativa utilizamos el cuestionario CBp (Sirvent y Martínez, 2000), (ver APENDICE I) primer protocolo que –aunque bastante refinado- tiene como principal objetivo servir de referencia para la creación de otro test más breve y a la vez más preciso. Dicho CBp consta de 85 ítems (likert de 4 puntos) que miden bidependencia con subescalas a priori sometidas a análisis factorial. Las áreas que explora son: ACOMODACIÓN, DEPENDENCIA, REITERACIÓN, CONCIENCIA DEL PROBLEMA, SENSACIÓN DE INESCAPABILIDAD, SENTIMIENTOS DE VACÍO, ANTECEDENTES PERSONALES, RECREACIÓN DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS, CONTROL EMOCIONAL, SENTIMIENTOS DE CULPA, AUTOESTIMA Y LA DENOMINADA SOCIOPATÍA BIDEPENDIENTE (MANIPULACIÓN, BÚSQUEDA DE SENSACIONES, PARASITISMO, ANORMATIVIDAD, EGOTISMO, DOMINACIÓN Y DROGODEPENDENCIA).

- Como cuestionarios de anclaje utilizamos los siguientes:

- ◆ CdQ- Codependence Questionnaire (Modificado) (Roehling y Gaumond, 1996). Adaptación experimental española de Sirvent y Martínez con 36 ítems (Likert de 5 puntos) que miden codependencia y se subdivide en 4 factores: intimidad, control, responsabilidad y enganche. Baremos norteamericanos.
- ◆ ASPA – Test de Aserción en la Pareja (Forma A). (Carrasco-TEA Ediciones, 1998). 40 ítems (Likert de 6 puntos) que miden el estilo de comunicación e influencia en la pareja. Se subdivide en 4 factores: aserción, agresión, sumisión y agresión pasiva. Baremos españoles.

2.4 Procedimiento

Las pruebas fueron administradas de forma colectiva en 2 etapas y en 5 centros diferentes: Madrid, Oviedo (2), Palencia y Gijón. La administración de las mismas fue llevada a cabo por 5 profesionales diferentes de salud mental (2

médicos psiquiatras y 3 psicólogos) estando siempre presentes al menos dos de ellos en cada sesión. Las instrucciones previas a la cumplimentación del cuestionario fueron uniformadas tanto en texto como verbalmente. Fueron anulados 2 cuestionarios por estar claramente manipulados y otras 2 personas del grupo control rehusaron realizar el estudio. Desde el comienzo del muestreo hasta el final transcurrió un período de 1 mes. El estudio fue voluntario y anónimo, si bien se asignó una clave a cada sujeto para poder emparejar el diagnóstico clínico de bidependencia con las puntuaciones en la batería de tests. Para poder garantizar mejor la confidencialidad y controlar mejor la evaluación ciega de bidependencia la persona que procesó los datos fue un investigador externo al centro. El criterio interjueces para establecer un diagnóstico positivo de bidependencia fue de 2 acuerdos sobre 3 entre los miembros de equipo terapéutico, existiendo en todos los casos filiados positivamente acuerdo del 100% en diagnósticos positivos.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS 9.0. Se realizó análisis correlacional de la bidependencia psicométrica y la bidependencia clínica tanto entre ellas como con las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolarización, estado civil y grado de institucionalización) y otras variables de anclaje (codependencia y aserción en la pareja). Asimismo, se sometió a prueba factorial el constructo bidependencia y sus facetas (factores o subfactores). Igualmente, se compararon los grupos derivados de cruzar bidependencia clínica (positiva y negativa) con sexo y con tipo de adicción (politoxicomanía y adicción alcohólica) a lo que hay que añadir el grupo control.

Respecto a la investigación cualitativa se efectuaron las siguientes sesiones:

- Un grupo de 8 mujeres presumiblemente bidependientes
- Un grupo de 6 varones presumiblemente bidependientes
- Un grupo de 3 varones y 3 mujeres presumiblemente bidependientes
- Un grupo de 6 mujeres presumiblemente no bidependientes aunque adictos
- Un grupo de 6 varones presumiblemente no bidependientes aunque adictos
- Un grupo de 3 varones y 3 mujeres presumiblemente no bidependientes aunque adictos
- Un grupo control mixto de 3 varones y 3 mujeres estudiantes no adictos

Todas las sesiones fueron registradas mediante videograbación autorizada.

3. Resultados

De los resultados obtenidos se deduce la existencia de un factor multifactorial oblicuo denominado bidependencia psicométrica que difiere en parte de la bidependencia clínica aunque guardan cierta relación ($P= 0,22$), entendiéndose la primera como próxima a la sociopatía y la segunda más próxima a la dependencia relacional. Sin embargo, en la depuración de la escala y a partir tanto del análisis factorial como de la correlación lineal de los ítems con el criterio clínico de bidependencia, se han obtenido como factores determinantes de la bidependencia (por orden de importancia): DEPENDENCIA, ACOMODACIÓN, REITERACIÓN, SENTIMIENTOS DE VACÍO, ANTECEDENTES PERSONALES (HISTORIA DE ABUSOS FÍSICO-PSÍQUICOS), SENTIMIENTO DE INESCAPABILIDAD Y EN UN SEGUNDO PLANO BÚSQUEDA DE SENSACIONES.

Destacar además, que estos factores no parecen ser totalmente independientes y que los cuatro ítems que mejor reflejan la bidependencia clínica son:

Item73: CBp. Me han faltado fuerzas para cortar una relación conflictiva

Item43: CBp. Siento un vacío insoportable cuando no tengo pareja

Item59: CBp. He sido objeto de malos tratos

Item72: CBp. Mi pareja me dice que voy a remolque suyo

Por último, esbozar que de las comparaciones de medias cabe deducir que las mujeres bidependientes no alcohólicas parecen mostrar patrones de conducta diferenciales de los hombres y de las mujeres alcohólicas y en mayor medida de los grupos control.

La investigación cualitativa fue mucho más ilustrativa y refuerza el concepto de bidependencia que de forma exhaustiva se ha venido describiendo a lo largo del trabajo en el apartado "punto de partida descriptivo", y que nos llevaría a concluir lo siguiente:

1º La bidependencia existe y no solo es un constructo consistente sino que tiene una considerable importancia clínica, debiéndose contar con ella a la hora de trabajar una recuperación eficaz

2º Es válida la definición genérica que se hace de bidependencia

3º Se confirma que la bidependencia es un hábito relacional acomodaticio, pasivizante e inhibidor de la autonomía, específico de adictos a drogas, sin descartar que se pueda presentar en adicciones no químicas ya que el condicionante *no es* la sustancia sino el *tipo de vida* que realiza el adicto.

4º Se ratifica asimismo la necesidad patológica anhelante y obsesiva del otro y una enorme y sistemática tendencia a la reiteración.

5º Cabe destacar que el sujeto querido por el bidependiente es la única persona que le estimula como quiere. Una estimulación –dicho sea de paso– parecida a la que obtiene el adicto con la droga.

6º Falta de conciencia del problema con inhibición de la propia autonomía.

7º Efectivamente se confirma que es más frecuente en la mujer que en el varón adulto.

8º Son muy frecuentes los sentimientos colaterales de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia las relaciones intensas y hasta peligrosas (aunque sean perniciosas) más por evitar un vacío insoportable que por filia directa hacia la droga (esto en lo que respecta a ex adictos).

9º Es un fenómeno persistente que se manifiesta incluso en personas ya curadas y que supone un importante factor de riesgo de recaída, sobre todo en mujeres.

10º Se confirman meridianamente los dos subtipos clínicos ampliamente descritos a lo largo del trabajo, existiendo dos formas de bidependencia: autodestructiva y parasitaria. Como enunciamos antes, la primera, que es la más común, se observa con mayor frecuencia en mujeres y guarda semejanzas en su forma leve con trastornos adaptativo-neuróticos y en su forma severa con el trastorno por dependencia de la personalidad. El segundo subtipo, bidependencia parasitaria, es un subtipo clínico sociopático más frecuente en varones caracterizado por parasitismo, búsqueda de sensaciones, manipulación sistemática, egoísmo y egocentrismo que guarda semejanza con el trastorno antisocial de la personalidad.

Como corolario añadiríamos la importancia de ubicar este trastorno en la constelación de los trastornos de personalidad, salvo en los casos livianos que tienen una morfología más reactiva y suele manejarse mucho mejor en el ámbito terapéutico.

Para concluir únicamente añadiré que el trabajo cualitativo sigue adelante con un cuestionario más breve, depurado y preciso, que incluye las áreas determinantes y que forma parte de un trabajo más amplio de abordaje integral de las bidependencias.

APENDICE I

CBp

(Cuestionario de bidependencia. Sirvent y Martínez, 2000)

INSTRUCCIONES

A CONTINUACIÓN SE TE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES SOBRE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS REFERIDOS A LAS **RELACIONES DE PAREJA ACTUALES O PASADAS**.

RECUERDA POR FAVOR LAS SIGUIENTES **INDICACIONES**:

- 1.-CONTESTA CON LA MAYOR **SINCERIDAD** POSIBLE
- 2.-NO **REPASES** LAS CONTESTACIONES
- 3.-NO DEJES **NINGUNA CUESTIÓN SIN CONTESTAR**
- 4.-MARCA TU CONTESTACIÓN **RODEANDO CON UN CÍRCULO** LA OPCIÓN QUE MÁS SE AJUSTE A TÍ.
- 5.-NO PONGAS EL NOMBRE, ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE **ANÓNIMO y ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**.
- 6.-¡MUY IMPORTANTE! HAY PREGUNTAS EN **PRIMERA PERSONA**, en ellas **TÚ INFORMAS DE TI MISMO**, pero también HAY PREGUNTAS EN **TERCERA PERSONA**, RECUERDA QUE EN **ELLAS TÚ INFORMAS DE LO QUE TUS ALLEGADOS DICEN DE TI**.

POR EJEMPLO:

Ejemplo nº1. Me gusta el color verde (FORMULADA EN PRIMERA PERSONA)

- a) MUY DE ACUERDO [si el color verde es tu favorito]
- b) DE ACUERDO [si el color verde simplemente te gusta]
- c) EN DESACUERDO [si el color verde simplemente te disgusta]
- d) MUY EN DESACUERDO [si no te gusta en absoluto el color verde]

Ejemplo nº2. Dicen que soy dominante (FORMULADA EN TERCERA PERSONA) (Aunque yo no lo crea debo contestar en función de la opinión de los demás)

- e) MUY DE ACUERDO [si siempre o casi siempre me DICEN que soy dominante]
- f) DE ACUERDO [si algunas veces me DICEN que soy dominante]
- g) EN DESACUERDO [si pocas veces me DICEN que soy dominante]
- h) MUY EN DESACUERDO [si nunca o casi nunca me DICEN que soy dominante]

FICHA DATOS

FECHA DE INGRESO EN EL CENTRO:

EDAD:	
SEXO:	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A
ESCOLARIZACIÓN:	<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> PRIMARIOS <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIOS
SUSTANCIA QUE MOTIVA EL INGRESO:	A.-PRINCIPAL: B.-SECUNDARIA:

¡POR FAVOR, ASEGÚRATE DE HABER CUBIERTO TODOS LOS DATOS!

Estoy

- a) MUY DE ACUERDO
- b) DE ACUERDO
- c) EN DESACUERDO
- d) MUY EN DESACUERDO

Con las siguientes afirmaciones

- 1) Habitualmente he preferido que mi pareja tome las decisiones
- 2) Sin mi pareja no soy nadie
- 3) Creo que dependo excesivamente de mi pareja
- 4) No soy del todo sincero ni con mis amigos más íntimos
- 5) Busco relaciones intensas aunque luego me traigan problemas
- 6) Tuve alguna pareja a la que no quería mucho pero me aproveché de ella
- 7) Cuando me enfado llego a faltar al respeto a mi pareja
- 8) Cuando estoy con varias personas, sin saber por qué, me gusta ser el centro de atención
- 9) En las relaciones me gusta dominar
- 10) Cuando había droga por medio no me importaba la pareja
- 11) La solución a los problemas está en mi pareja, no en mi
- 12) Me cuesta terminar una relación aunque sea conflictiva
- 13) Sinceramente, prefiero que mi pareja me trate mal al vacío de la ruptura
- 14) He introducido en el consumo a alguna de mis parejas
- 15) Me atormento con sentimientos y pensamientos negativos referidos a mi pareja
- 16) Me dicen que me cuesta controlar las emociones
- 17) Dicen que tiendo a culpar a los demás de mis propios errores
- 18) Me quiero poco a mí mismo
- 19) Me suelen decir que, en cuanto a la pareja, busco la comodidad
- 20) Me suele ocurrir lo mismo con todas mis parejas
- 21) Me dicen que manipulo a la gente
- 22) No soporto una pareja aburrida aunque sea buena persona
- 23) Me dicen que utilizo a mi pareja en provecho propio
- 24) Me disgustan tantas normas
- 25) Me dicen que sólo pienso en mí mismo
- 26) En las relaciones me gusta ser dominado
- 27) Dicen que utilizo el chantaje emocional
- 28) Cuando tengo problemas de relación, me dicen que no me quiero enterar de lo que me pasa
- 29) Si mi pareja abusa de mi confianza me aparto fácilmente de él/ella
- 30) Creo que no se puede vivir sin pareja
- 31) Una de mis parejas fue quien me introdujo en el consumo
- 32) Me siento culpable de lo que pasa entre mi pareja y yo
- 33) Me considero incapaz de salir de cualquier problema
- 34) Me dicen que me acomodo en las relaciones de pareja
- 35) Mi pareja dice que dependo demasiado de él/ella
- 36) Me dicen que cometo los mismos errores con todas mis parejas
- 37) Me atraen las relaciones violentas
- 38) Cuando necesito algo intento conseguirlo sin fijarme en las consecuencias
- 39) Me han llegado a decir que me importan poco los demás
- 40) Me gustan las personas con carácter fuerte
- 41) A menudo, me dicen que no me entero de lo que me pasa, en las relaciones de pareja
- 42) Prolongo las relaciones artificialmente, aún cuando se acaba la química entre los dos
- 43) Siento un vacío insoportable cuando no tengo pareja

- 44) En mi infancia han abusado de mí (física y/o psicológicamente)
- 45) No me siento culpable de nada
- 46) En las relaciones de pareja suele repetirse la misma historia: o utilizo o me utilizan
- 47) Habitualmente hablo mucho de mí mismo
- 48) Cuando hay un problema importante es mi pareja la que toma las decisiones
- 49) Quiero que mi pareja se dedique sólo a mí
- 50) En las relaciones de pareja parece que no aprendo de mis errores
- 51) Me llena más una pareja divertida y peligrosa que otra formal y tranquila
- 52) La vida te enseña a no dar nada a cambio de nada
- 53) Me gusta saltarme las normas
- 54) Pienso mucho en mí mismo y poco en los demás
- 55) Me gustan las personas débiles de carácter
- 56) No soy consciente de lo que me pasa en las relaciones de pareja
- 57) Mi pareja se ha sentido atrapada en la relación conmigo
- 58) Odio aburrirme
- 59) He sido objeto de malos tratos
- 60) He llegado a pensar que mi vida no merecía la pena
- 61) En las relaciones me cuesta adoptar soluciones tajantes
- 62) Necesito que mi pareja esté siempre a mi lado
- 63) Aunque cambie de pareja me pasan las mismas cosas
- 64) Me atrae lo prohibido
- 65) Alguna de mis parejas me dijo que me aproveché de ella (o él)
- 66) Dicen que soy egoísta
- 67) Me siento sometido/a
- 68) Creo que no valoro acertadamente mi problema con las drogas
- 69) Me siento (o he sentido) atrapado en una relación
- 70) Han abusado sexualmente de mí
- 71) He llegado a sentir que no valía para nada
- 72) Mi pareja me dice que voy a remolque suyo
- 73) Me han faltado fuerzas para cortar una relación conflictiva
- 74) Sinceramente me considero egoísta
- 75) Me dicen que no valoro bien mi problema con las drogas
- 76) Mis padres castigaban más que los de mis amigos
- 77) Soy poca cosa
- 78) Si no tengo pareja me siento mal
- 79) En cuestión de pareja no me suelo enterar bien de cuál es el problema hasta que me lo dicen
- 80) En las relaciones amorosas muchas veces tropiezo en la misma piedra
- 81) Me dicen que no manejo bien las relaciones de pareja
- 82) En mi fuero interno exijo a mi pareja que me quiera ciegamente
- 83) Aunque estuviera consumiendo me comporto igual en las relaciones de pareja
- 84) El consumo me cambia mucho en las relaciones de pareja
- 85) Algunos amigos o conocidos me dicen que les utilizo

NOTA: en el cuestionario original obviamente los ítems llevan cada opción de respuesta al pie del mismo. Aquí lo evitamos para economizar espacio

Addenda para profesionales

Corrección del Cuestionario CBp (Sirvent y Martínez, 2000)

Factores

- 1.- Acomodación (A): 1 - 19 - 34 - 48 - 61 - 72**
- 2.- Dependencia (D): 2 - 35 49 - 62 - 73 - 78 - 3 - 82 - 27**
- 3.- Reiteración (R): 80 - 20 - 50 - 63 - 36 - 46 - 83**
- 4.- Sociopatía bidependiente (SB):**
 - 4.1.- Manipulación: 4 - 21**
 - 4.2.- Búsqueda de sensaciones: 5 - 22 - 37 - 51 - 64 - 43**
 - 4.3.- Parasitismo: 6 - 23 - 85 - 52 - 65**
 - 4.4.- Anormatividad: 24 - 38 - 53**
 - 4.5.- Egotismo: 8 - 25 - 39 - 54 - 66 - 74**
 - 4.6.- Dominación: 9 - 26 - 40 - 55 - 67**
 - 4.7.- Drogodependencia: 10 - 84**
- 5.- Conciencia del problema: 11 - 28 - 41 - 56 - 68 - 75 - 79 - 81**
- 6.- Sensación de "inescapabilidad": 12 - 29 - 42 - 57 - 69**
- 7.- Sentimientos de Vacío: 13 - 30 - 43 - 58**
- 8.- Antecedentes personales: 14 - 31 - 44 - 59 - 70 - 76**
- 9.- Recreación de Sentimientos Negativos: 15**
- 10.- Control emocional (CE): 16 - 7**
- 11.- Sentimientos de culpa (SC): 17 - 32 - 45**
- 12.- Autoestima (AE): 18 - 33 - 47 - 61 - 71 - 77**

APENDICE II

Cuestionario de codependencia

Roehling y Gaumond (1996)
(Adaptación experimental al castellano de Sirvent y Martínez (2000) para uso exclusivamente de investigación)

INSTRUCCIONES

A CONTINUACIÓN SE TE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES SOBRE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS REFERIDOS A LAS **RELACIONES DE PAREJA ACTUALES O PASADAS.**

RECUERDA POR FAVOR LAS SIGUIENTES **INDICACIONES:**

- 1.-CONTESTA CON LA MAYOR **SINCERIDAD** POSIBLE
- 2.-NO REPASES LAS CONTESTACIONES
- 3.-NO DEJES **NINGUNA CUESTIÓN SIN CONTESTAR**
- 4.-MARCA TU CONTESTACIÓN **RODEANDO CON UN CÍRCULO** LA OPCIÓN QUE MÁS SE AJUSTE A TÍ.
- 5.-NO PONGAS EL NOMBRE ES TOTALMENTE **ANÓNIMO y ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.**

De las siguientes opciones:

- a) Nunca me siento de este modo
 - b) Raramente me siento de este modo
 - c) A veces me siento de este modo
 - d) A menudo me siento de este modo
 - e) Siempre me siento de este modo
- ♦ Elige la opción a) b) c) d) ó e) que más se ajuste a tu realidad. Solo puedes elegir una opción:

1. A menudo, crecen en mí sentimientos que no puedo expresar.
2. Cuando soy incapaz de ayudar a alguien me siento incómodo/a.
3. Tiendo a localizar las necesidades de los otros en cabeza de mis prioridades.
4. Me enfado cuando las cosas no salen a mi manera.
5. Pienso que los demás se aprovechan de mí.
6. No soy consciente de lo que quiero para los demás.
7. Siento que sin mi esfuerzo y atención todo se puede venir abajo.

8. Siento como si fuera fallo mío cuando la gente se enfada o se entristece.
9. Es fácil para mí decir "no" a los demás.
10. Me hace sentirme molesto el compartir mis sentimientos con los demás.
11. Trato de agradar a la gente.
12. Cuando no estoy implicado en una relación me siento infravalorado.
13. Me siento muy satisfecho de ayudar a los demás.
14. No le gustaré a la gente si le hablo de mis problemas.
15. Incluso con buenos amigos temo que un día me rechacen.
16. A menudo me siento deprimido aunque las cosas vayan bien.
17. Tiendo a gustar realmente a las personas o a disgustarles.
18. Habitualmente no me importa lo que los otros piensen de mí.
19. Me siento agusto dejando a otros entrar en mi vida y revelarles mi propio yo.
20. Me parece estar implicado en los problemas de los demás.
21. Me preocupa mucho lo que los otros piensen de mí.
22. Me molesta que los amigos traten de cerrarse.
23. Muchos de mis amigos tienen muchos problemas.
24. Estoy muy sensibilizado con los sentimientos de aquellos que son importantes para mí.
25. Soy altamente crítico/a con las cosas que hago y digo.
26. Si trabajo duro conseguiré resolver la mayoría de los problemas y conseguir cosas mejores para la gente.
27. Mi estado de ánimo es bastantes estable y no me siento demasiado afectado por los problemas o estados de ánimo de los demás.
28. Tiendo a evitar las relaciones íntimas.
29. Para que las cosas se hagan correctamente, debería hacerlas yo mismo.
30. Soy muy abierto a los demás con respecto a mis sentimientos, no me importa lo que ellos sean.
31. Cuando hay mucha actividad rodeándome tiendo a tomar las riendas.
32. Cuando me implico demasiado con alguien empiezo por adoptar sus valores y sus gustos.
33. A menudo capto los argumentos de otras personas a la mitad.
34. De niño, parece como si todo lo que hubiera hecho no fuera suficiente.
35. Algunas veces, no sé como me siento realmente.
36. Muchos de mis amigos dependen de mi guía y consejo.

NOTA: en el cuestionario original obviamente los ítems llevan cada opción de respuesta al pie del mismo. Aquí lo evitamos para economizar espacio

Addenda para profesionales

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO CdQ

INTIMIDAD: 1, 10, 12, 17, 21, 22, 24, 30*, 32
CONTROL: 2, 4, 7, 16, 18*, 25, 26, 27*, 29, 34, 35
RESPONSABILIDAD: 3, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 19, 28
ENGANCHE: 9*, 13, 20, 23, 31, 33, 36

Referencias bibliográficas

- Amerongen F. (2000). Je t`aime ... a la folie: Psycho-patho-logie de la passion. Cahiers Jungiens de Psychanalyse: No 997.
- Blanco P. (2000) Evaluación de un programa específico para mujeres adictas. Madrid: Actas I Symposium Nacional sobre Adicciones en la Mujer.
- Blanco P. (2001) Mujer y adicción. Características de género. Escuela de Otoño Socidrogalcohol: Alicante.
- Baker Miller J. (1992) Hacia una nueva psicología de la mujer. Paidós.*
- Bardwick JM. (1986) Psicología de la mujer. Madrid: Alianza Editorial.
- Beattie M. (1992) Libérate de la codependencia. Málaga: Sirio.*
- Bireda M. (1998) Independencia emocional. Obelisco.
- Bowlby J. (1993) La separación afectiva. Barcelona: Paidós.
- Cáceres J. (1996) Manual de terapia de pareja e intervención en familias. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Carrasco M^ªJ. (1998) ASPA Cuestionario de aserción en la pareja. Madrid: TEA Ediciones.
- Castelló B. (2000) Análisis del concepto dependencia emocional. Ponencia expuesta en el I Congreso Nacional Virtual de Psiquiatría. Valencia.
- Crothers M. And Warren L.W. Parental antecedents of adult codependency. University of Nebraska-Lincoln. University of Nebraska-Lincoln. Department of educational Psychology.
- DSM- IV 1995 Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Masson. Barcelona.
- Dyer WW. (1978) Tus zonas erróneas. Edit. Grijalbo.
- Echeburúa E. (1999) ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Edit. Desclée de Brouwer.
- Gil Calvo E. (1991) La mujer cuarteada. Útero, Deseo y Safo. Barcelona: Edit. Anagrama.
- Goleman. (1997) La psicología del autoengaño. Barcelona: Edit^a Plaza Janés.
- González de Chávez M^a.A. (1993) Cuerpo y subjetividad femenina: Salud y género. Madrid: Siglo XXI editores.
- Gotham H.J. and Sher K.J. (1994) Do Codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology. Department of psychology, University of Missouri-Columbia.
- Hall S.F.and Wray L.M. (1989) Codependency. Nurses who give too much.

- American Journal of Nursing: 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: Vol 33(1).
- Holmes L. (2001) The relationship between addictive processes as manifested in two domains: Alcohol use/abuse and romantic relationships. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering: Vol 61(8-B).
- Hughes-Hammer C, Martsof DS, Zeller RA. (1998) Development and Testing of the Codependency Assessment Tool. Archives of Psychiatric Nursing: Vol XII(nº 5).
- Hughes-Hammer C, Martsof DS, Zeller RA. (1998) Depression and codependency in women. Archives of Psychiatric Nursing: Vol XII(nº 6).
- Hunter Mary S, Nitschke C, Hogan L. (1981) A scale to measure love addiction. Psychological Reports: Vol 48(2).
- Irwing H.J. Codependence, Narcissism, and childhood trauma. University of New England, Australia: Department of Psychology.
- Jiménez O.(1998). La adicción al amor. Benidorm: Rev^a Informació Psicológica.
- Kernberg O. (1995) Relaciones amorosas. Normalidad y patología. Barcelona: Edit^a Paidós Psicología Profunda.
- Krueger R.A. (1991) El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Edit^o Pirámide.
- Lev CF, Relationship addiction: Development of a vulnerability model. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences: Vol 55(11-A); 1995.
- Lindley NR, Giordano PJ, Hammer ED. Codependency: predictors and psychometric issues. J Clin^a Psychol^a; 1999.
- Lyon D. and Greenberg J. (1991) Evidence of Codependency in women with an alcoholic parent: helping out Mr. Wrong. University of Arizona, Tucson. Department of Psychology.
- Loughead T.A. et all. (1995) Group Counseling for Codependence: An Exploratory Study. Alcoholism Treatment Quarterly vol 13(4).
- Llopis Llácer J.J. (1998) Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: la codependencia. XXV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol: Tarragona
- Martsof Donna S. et all. (1999) Codependency in Male and Female Helping Professionals. Archives of Psychiatric Nursing vol XIII nº 2 .
- Meyer D.F. (1997) Codependency as a Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. Journal of clinical psychology vol 53 (2).
- Millon T. MCMI-II Inventario Multiaxial Clínico de Millon. Tea Ediciones.
- Millon T, Davis R. (1998) Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.

- Mohr W.K. (1999) Letter to the editor. Archives of Psychiatric Nursing vol XIII nº 2.
- Moreno de Quiros S.L. (2000) El sistema familiar codependiente y la terapia familiar. Revista Adicciones.
- Morgan J.P. (1991) What is codependency? Journal of Clinical Psychology. Vol 47 nº 5.
- Norwood R. (2000) Las mujeres que aman demasiado. Barcelona: Suma de Letras.
- O'Brien P.E. and Gaborit M. Codependency: a disorder separate from chemical dependency. Saint Louis University: Department of Psychology.
- Palacios Ajuria (1999). Psicoterapia grupal con mujeres adictas. Taller impartido en los Cursos de Verano organizados por la Universidad de Oviedo y F. Instituto Spiral: Madrid.
- Peabody S. (1994) Addiction to love: overcoming obsession and dependency in relationships. Berkeley, California: Celestial Arts.
- Peel S. (1976) Love and addiction. New York: New American Library.
- Pisani SO. (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 & Engineering: Vol 61(7-B).
- Rochling P.V. (1996) Reliability and Validity of the Codependent Questionnaire: Alcoholism Treatment Quarterly vol 14(1).
- Sangrador J.L. (1993) Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. Oviedo. Rev^a Psicothema vol 5.
- Scott P. (1997) La nueva psicología del amor. Emecé Editores.
- Schaeffer B. (1998) ¿Es amor o es adicción?. Barcelona: Apóstrofe.
- Serrano G. Y Carreño M. (1993) La teoría de Sternberg sobre el amor. Análisis empírico. Rev^a Psicothema vol 5.
- Sherman J.B et al. (1989) Caring: Commitment to Excellence or Condemnation to Conformity?. Journal of Psychosocial Nursing. Vol 27 nº 8.
- Sirvent C. (1991) Programa terapéutico para mujeres adictas. Dpto. Publicaciones de F. Instituto Spiral: Oviedo.
- Sirvent C. (1994) La mujer drogodependiente. Madrid. Edición limitada para el Instituto de la Mujer y centros de documentación en drogodependencias.
- Sirvent C. (1994) Monografía: Dialéctica entre la Teoría y el Método. Libro de Actas de las Jornadas Estatales sobre intervención en Drogodependencias celebradas en Segovia; organizadas por el GID.
- Sirvent C. (1995) Monografía sobre la teoría general de la terapéutica e integración social en drogodependencias dentro del libro Los Equipos

Multidisciplinares en Drogodependencias. Socidrogalcohol Burgos: Edit. Mateos Aguilar.

Sirvent C. y Rodríguez J. (1997) Drogodependencias: sociología, evaluación y proceso. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Sirvent C. (1999) Las dependencias relacionales. Taller impartido en los Cursos de Verano organizados por la Universidad de Oviedo y F. Instituto Spiral: Madrid.

Sirvent C. (2000) La bidependencia. Seminario impartido para alumnos de psicología de la Universidad Complutense Autónoma y Comillas: Cibeles Centro Madrid.

Sirvent C. (2001). Mujer y Adicción. Actas del Curso impartido en las Jornadas de la Fundación Andaluza de Drogodependencias. Marbella.

Spitzberg BH, Cupach WR. (1998) The dark side of close relationships. Mahwah; Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers XXII.

Sternberg RJ. (2000) La experiencia del amor: La evolución de la relación amorosa a lo largo del tiempo. Barcelona: Paidós.

Sternberg RJ. (1989) El triángulo del amor: Intimidad, pasión y compromiso. Barcelona: Paidós; Steiner K.A. An opinion women and the disease model. Codependency Reframed.

Stocco P. (1998) Identidad femenina, entre el riesgo y la protección. Rev^a Adicciones vol 10 n^o 2.

Straussner S.L., Zelvin E. (1997). Gender & Addictions (men & women in treatment). New York. Edit^a Aronson

Vera S. (1987) Los roles Femenino y Masculino ¿Condicionamiento o biología?. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Whitfield CL. (1999) Límites, fronteras y relaciones. Bilbao: Edit. Desclée de Brower.

Yela C. (2000) El amor desde la psicología social. Madrid: Ediciones Pirámide.

Yela C. (1997) Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. Madrid: Psicothema vol 9 n^o 1.