

# LA CODEPENDENCIA EN EL ACTUAL SISTEMA SANITARIO

**Alfonso Blanco-Picabia\***  
**Rosario Antequera-Jurado\*\***  
*Universidad de Sevilla, España*

## ABSTRACT

*In the last decade, numerous studies report the challenges of family caregiving, particularly as experienced by the female caregiver who must contend with a complex set of behavioral changes evidence by their care receiver, the provision of activities of daily living and, beside, accommodate caregiving responsibilities and employment or others household tasks. Informal caregiving has moved from descriptive beginnings to a number of theoretically driven approaches, one of the most influential being stress theory and there is a substantial literature documenting the stressfulness of caregiving for a family member with chronic illness. However, one personal resource of caregivers which has been identified as potentially important, yet which has not received much attention, is personality and/or personality disorders. The aim of this article is to examine*

---

\* Catedrático del Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

\*\* Profesora Titular del Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Enviar correspondencia a Rosario Antequera-Jurado. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Avda. San Francisco Javier s/n. 41905, Sevilla, España.

*the role of codependency in the relationship between care providers and care recipients.*

**Key words:** Caregiving, chronic illness, co-dependency.

## RESUMEN

En las últimas décadas asistimos a un incremento de investigaciones sobre aquellas familias que tienen que asumir el cuidado de sujetos con enfermedades crónicas, cuya evolución puede implicar una falta de autonomía y una incapacidad para realizar las tareas de autocuidado. En general, estos cuidadores, generalmente mujeres, han de afrontar no sólo los cambios conductuales que presentan estos enfermos sino también asumir el cuidado y la atención de sus necesidades (incluso de las más básicas o de autocuidado) y, además compatibilizarlo bien con otras responsabilidades familiares o bien con su actividad laboral. Entre el numeroso cuerpo de investigaciones se destacan, desde sus inicios, aquellas relacionadas con el estrés que se deriva de la situación de cuidador. Sin embargo, en pocas ocasiones se ha analizado la importancia que las variables de personalidad (o incluso los trastornos de personalidad) pueden ejercer en la diada cuidador-cuidado. Es este el propósito del presente trabajo, en el que analizaremos el papel que la codependencia juega en dicha relación.

**Palabras clave:** autocuidado, enfermedad crónica, codependencia

## INTRODUCCION

En las últimas décadas asistimos a un progresivo incremento de las enfermedades crónicas. Lo cual constituye un logro de la mo-

derna medicina, que ha desarrollado sus técnicas para enfrentarse con los cuadros agudos, rápidos e incontrolables, dilatándolos durante mucho tiempo en unas ocasiones y frenándolos

y estabilizándolos en otras. Todo ello favorece la aparición en el amplio campo del estudio de la salud y la enfermedad, de nuevos conceptos, necesidades y objetivos de intervención. Así pues, no solo se actúa ya con la finalidad de diagnosticar y actuar sobre la enfermedad intentando, con su curación, evitar la muerte (objetivo fundamental de la intervención en los procesos infecciosos, traumatológicos, tóxicos, etc.), sino que pasan a ocupar un papel preponderante aspectos como la mejora de la funcionalidad de los pacientes, el grado de reducción de los síntomas (ya que en las enfermedades crónicas estos no desaparecen por completo o, al menos, no permanentemente) o de la evolución, de la Calidad de Vida y, en suma, acomodación del paciente a la enfermedad cuando ésta o sus consecuencias no pueden ser eliminadas.

Así pues, de manera genérica, podemos considerar que los principales objetivos de nuestro sistema sanitario, como el de todos, son la prevención, la detección y diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento o la curación y la rehabilitación. Sin embargo, no queda claramente

establecido su papel en la atención de las necesidades de los enfermos crónicos y sus familias. Unas familias que, en casi todas las ocasiones han de compartir el tratamiento y la rehabilitación del paciente con los profesionales de la salud, y que en aquellos casos en que el paciente ha perdido parte de su autonomía o independencia, tienen que afrontar de forma casi exclusiva su cuidado y asistencia. De esta manera, las familias se han convertido en los principales cuidadores de aquellos individuos cuyas necesidades no son atendidas por un sistema social y sanitario que, como el nuestro, no destina, planifica, ni dispone de los recursos necesarios para el adecuado apoyo a quienes soportan la carga.

Entre los cambios que ocasiona la aparición de las nuevas necesidades de los sujetos enfermos crónicos o de larga evolución, destaca el reconocimiento oficial que se produce, en los foros científicos, de las aportaciones que la psicología puede realizar en la asistencia tanto al sujeto con enfermedades crónicas, como a sus familias. Una ayuda que cubre los distintos periodos de la evolución de la

enfermedad (desde el diagnóstico hasta la muerte y el proceso de duelo) y que especialmente, trata de favorecer el ajuste y la acomodación al proceso de enfermedad y a su tratamiento. Surgen así nuevas denominaciones para la intervención de la psicología en los problemas médicos (medicina comportamental, psicología de la salud, psicología clínica de la salud,...) para intentar dotar a este ámbito de una identidad propia. Aunque siempre reconociendo la necesidad de actuar conjuntamente con el resto de los profesionales y las disciplinas vinculadas a la salud. Pero quizás en estos intentos de "renovarse" la psicología y especialmente la psicología clínica haya olvidado el amplio cuerpo de conocimientos teóricos que había alcanzado en el ámbito de la psicopatología y de las posibilidades y ventajas que dichos conocimientos pueden aportar al ámbito de la salud y que exceden, con mucho, al estudio de las reacciones depresivas o ansiosas asociadas al proceso de enfermedad o el estrés derivado del cuidado de los pacientes, aspectos que hasta ahora constituían la principal aplicación de los conocimientos adquiridos.

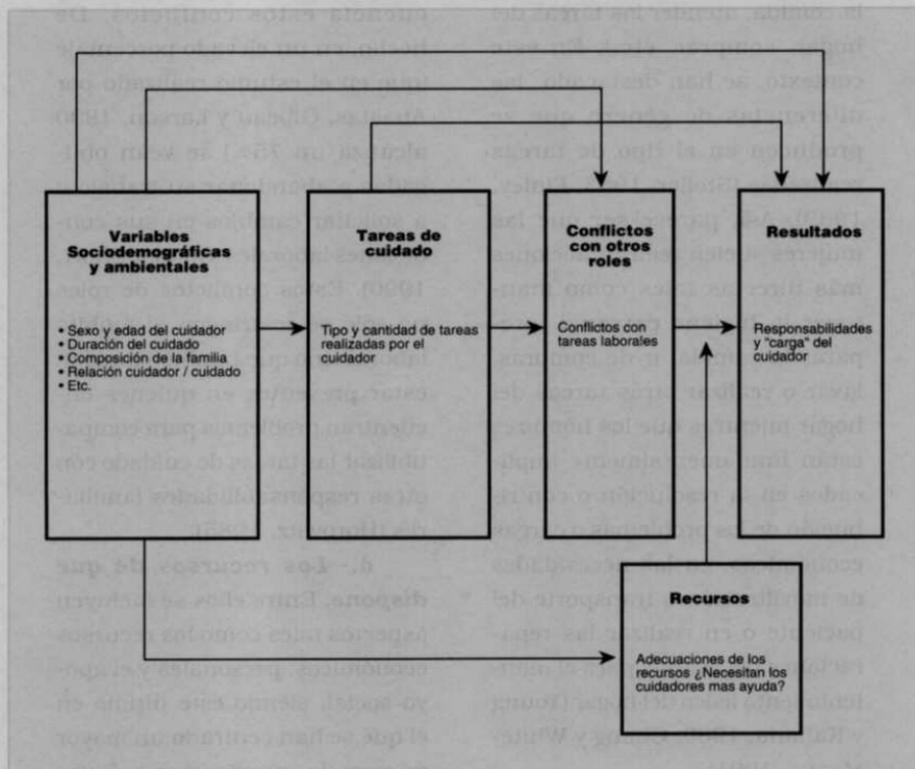
Entre los numerosos ejemplos que pueden citarse sobre la necesidad de utilizar el amplio bagaje teórico que ha ido construyendo la psicología clínica a lo largo de su historia, nosotros nos centraremos en el presente trabajo en la necesidad de determinar la influencia que los trastornos de la personalidad, concretamente el trastorno por dependencia, pueden ejercer en la relación entre las personas (en este caso entre cuidador y cuidado), en la calidad y en las consecuencias de la misma.

### **¿QUE SUPONE SER UN CUIDADOR/A?**

Son numerosos los estudios que han intentado determinar qué aspectos relacionados con el cuidado del enfermo son los que determinan la aparición de estados de estrés o sobrecarga e incluso se han elaborado algunos modelos para recopilar e interrelacionar dichos factores. Este es el caso del modelo de la sobrecarga del cuidador elaborado por Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) (véase Cuadro 1).

De acuerdo con este modelo, el estrés derivado de la tarea de cuidado está estrechamente rela-

**CUADRO 1. Modelo Conceptual sobre el estrés de los cuidadores**



cionado con los siguientes aspectos:

**a.- Las características sociodemográficas del cuidador** entre las que se encuentran, la edad, las condiciones físicas del hogar, la duración del cuidado y/o el tipo de cuidador (principal versus secundario).

**b.- Las tareas que el sujeto ha de realizar** y que hacen referencia a la naturaleza, la cantidad, la variedad o el tipo de asistencia que el cuidador efectúa y que parecen estar fuertemente determinadas por la capacidad que el sujeto cuidado tiene para realizar las actividades de la vida

diaria (comer, vestirse o asearse solo) o las actividades instrumentales de la vida diaria (hacer la comida, atender las tareas del hogar, comprar, etc.). En este contexto, se han destacado las diferencias de género que se producen en el tipo de tareas realizadas (Stoller, 1983, Finley, 1989). Así, parece ser que las mujeres suelen realizar acciones más directas tales como mantener la higiene personal, preparar la comida, ir de compras, lavar o realizar otras tareas del hogar mientras que los hombres están fundamentalmente implicados en la resolución o contribución de los problemas o cargas económicas, en las necesidades de movilización o transporte del paciente o en realizar las reparaciones necesarias para el mantenimiento físico del hogar (Young y Kahana, 1989, Chang y White-Means, 1991).

**c.- Los posibles conflictos de roles.** de entre los cuales el más frecuente es el generado entre proporcionar el cuidado informal y atender las posibles ocupaciones laborales fuera del hogar (Kramer y Kipnis, 1995).

Si tenemos en cuenta que generalmente son las mujeres las que en mayor proporción desa-

rollan las tareas de autocuidado, es previsible que sean estas quienes presenten con mayor frecuencia estos conflictos. De hecho, en un elevado porcentaje (que en el estudio realizado por Anastas, Gibeau y Larson, 1990 alcanza un 75%) se vean obligadas a abandonar su trabajo o a solicitar cambios en sus condiciones laborales (Stone y Short, 1990). Estos conflictos de roles no sólo se restringen al ámbito laboral sino que también pueden estar presentes en quienes encuentran problemas para compatibilizar las tareas de cuidado con otras responsabilidades familiares (Horowitz, 1985).

**d.- Los recursos de que dispone.** Entre ellos se incluyen aspectos tales como los recursos económicos, personales y el apoyo social, siendo este último en el que se han centrado un mayor número de investigaciones. Entre los resultados encontrados destacan las diferencias que una vez más se producen en relación al sexo del cuidador. De tal manera que aunque parece que las mujeres suelen disponer de mayor apoyo social especialmente en el ámbito emocional (Belle, 1987; Flaherty y Richman, 1989), pueden no solicitarla cuando tienen

que cuidar a un enfermo debido a que consideran que son capaces de manejar las tareas sin ayuda. De manera que, a pesar de contar con menos apoyo social, los hombres cuidadores pueden llegar a recibir más apoyo y ayuda de sus parejas de las que reciben las mujeres de sus esposos (Lynch, 1998). Por ello es previsible que las mujeres cuidadoras que además han de cuidar o atender las necesidades de otros miembros familiares o conocidos experimenten mayores niveles de estrés cuando algunas de las necesidades de estos se convierte en excesivamente demandantes ya sea a nivel físico o emocional (Starker, 1986).

**e.- Las consecuencias del cuidado.** Entre todas ellas, el estrés o la sobrecarga ("*burden*") son las variables dependientes más investigadas en los cuidadores siendo difícil establecer en muchas ocasiones las delimitaciones conceptuales entre ambas. Así Poulshock y Deimling (1984) definen la sobrecarga como el estrés que resulta de afrontar el cuidado de la incapacidad cognitiva o la dependencia física. Entre los componentes de esta sobrecarga se encuentran factores emocionales (frustración, depre-

sión, culpa, resentimiento,...), físicos (fatiga, problemas de salud) y estresores temporales. Una sobrecarga que, una vez más, es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (Miller y Cafasso, 1992).

Para Hooker, Frazier y Monahan (1994) sería necesario incluir en este modelo algunos aspectos relacionados con los mediadores del estrés. Concretamente se centran en las características de personalidad que establecen los recursos o las estrategias que los sujetos utilizan ante los eventos. Para estos autores las débiles relaciones que se han encontrado entre personalidad y estrategias de afrontamiento (Pearling y Schooler, 1978; Fleishman, 1984; McCrae y Costa, 1986) pueden subsanarse y por tanto incrementar el efecto de la personalidad si se analizan las estrategias utilizadas por sujetos que se enfrentan con el mismo tipo de estresor, como podría ser el cuidado de una persona incapacitada. De hecho, su estudio realizado en 1994 con esposas de pacientes dementes muestran que aquellas que puntuaron alto en neuroticismo solían utilizar estrategias centradas en la emoción (que al mismo

tiempo se relaciona con menos afecto positivo, mayores niveles de depresión y más conflictos interpersonales) mientras que aquellas que obtuvieron elevadas puntuaciones en extraversión tendían a recurrir a la búsqueda de apoyo social y a utilizar menos estrategias centradas en la emoción.

Es precisamente la variable sexo la que parece adquirir mayor peso cuando se trata de explicar el estrés que se deriva de la provisión de cuidados, fundamentalmente el hecho de que los cuidadores sean en un elevado porcentaje del sexo femenino. Son varias las explicaciones que se han ofrecido para ello. Así, Kramer y Kipnis (1995) consideran que además de la mayor facilidad de las mujeres para manifestar o reconocer niveles de estrés (en parte relacionado con el proceso de socialización) otro posible motivo es que las mujeres establecen vínculos más personales y emocionales con quienes reciben sus cuidados y por tanto fácilmente su mayor preocupación por el estado del sujeto cuidado y de la calidad de la asistencia prestada deriva en la aparición de mayor número de alteraciones emocionales. De

hecho en su estudio no encuentran diferencias en la cantidad y tipo de ayuda que ofrecen las mujeres empleadas y desempleadas (lo que no ocurre entre los hombres) lo que para ellos sugiere que a pesar de las demandas competitivas, las mujeres continúan sintiendo un fuerte sentido de la responsabilidad y compromiso con el rol de cuidadora.

Quizás uno de los aspectos que no ha sido suficientemente recogido en el citado modelo de Pearling et al. (1990) ni tampoco incluido en la mayor parte de las investigaciones es la influencia que el estrés o la sobrecarga experimentada por el cuidador principal puede ejercer sobre el cuidado y la atención al sujeto enfermo. De tal manera que podría llegar a establecerse una especie de círculo vicioso ya que si bien las condiciones socio-ambientales o el grado y tipo de incapacidad que presenta el sujeto a cuidar genera o incide en la aparición de estados de estrés, fatiga u otras alteraciones físicas y psíquicas, estas al mismo tiempo incidirían en la calidad del cuidado prestado lo que podría agravar la situación del sujeto enfermo y generar

recíprocamente mayor estrés en el cuidador.

De entre los trabajos que se centran en la importancia de la cualidad de la relación cuidador-cuidado (aunque sin centrarse en la incidencia del estrés del cuidador) sobre el cuidado o la asistencia prestada destaca en los últimos años el realizado por Braithwaite (1996). En dicho estudio se establecen la existencia de dos tipos de diada persona que cuida-persona cuidada:

El *cuidado disfuncional* en el que la relación cuidador-cuidado es vivenciada como destructiva y el sujeto acaba frecuentemente institucionalizado. En ella el cuidador considera no tener control (ni emocional ni cognitivo) sobre la situación y muestra poca satisfacción vital y pobre salud mental. Este tipo de relaciones se caracteriza por una historia previa en la que quien es cuidado domina y controla al cuidador pero la enfermedad o la incapacidad invierte los términos y convierte al sujeto cuidado dominante en alguien que ha perdido el control y al sujeto cuidador hasta entonces dominado en alguien que necesita asumir el control. Por ello es

necesario estudiar la historia familiar de disfuncionalidad ya que, como destacan estos mismos autores, se sabe poco acerca de la cualidad de cuidado de ancianos en familias donde el cuidado de los hijos ha sido punitivo y falto de afecto.

El *cuidado íntimo y afectivo*, de consecuencias positivas para la relación cuidador-cuidado y para los otros miembros de la familia. Las relaciones se basan en el afecto, las confidencias y los intercambios mutuamente beneficiosos. En las diadas en las que predomina este tipo de relación la familia del sujeto incapacitado apoya al cuidador y éstos muestran menos síntomas de ansiedad y depresión, experimentan menos afectos negativos y más afectos positivos y mayor satisfacción vital.

### **¿QUIENES PUEDEN ENTONCES EJERCER EL ROL DE CUIDADOR/A?**

Si examinamos la condición de cuidador comprobamos como la misma conlleva la vigilancia del sujeto incapacitado no sólo durante el día sino también durante la noche (en la que generalmente se produce una intensificación de

la sintomatología o incluso aparecen síntomas que no están presentes durante el día, como ocurre tan frecuentemente en sujetos demenciados), restricción y/o anulación de las actividades de ocio así como de las relaciones sociales que pueden constituir no sólo situaciones gratificantes sino incluso una fuente de apoyo social (que le ayudara a afrontar positivamente la situación de cuidador), compatibilizar las tareas de cuidados con la realización de otras tareas caseras o laborales, afrontar problemas económicos, en ocasiones porque el cuidado o las necesidades del paciente suponen gastos extras o porque tenga que abandonar su actividad laboral, una falta de reposo que no sólo conlleva un estado de cansancio crónico o agotamiento sino que también puede incrementar su vulnerabilidad a otro tipo de enfermedades e incluso la aparición de conflictos o problemas con otros miembros de la familia. Todo ello sin saber cuánto tiempo se puede prolongar la situación de cuidado (Blanco Picabia, 1999).

En función de las necesidades del sujeto cuidado, parece que para ser cuidador es necesario tener pocas cargas

familiares o laborales, elevada disponibilidad para ser utilizado, tener pocos "remilgos", tener capacidad de decisión, estar en una edad en la que se puedan asumir responsabilidades y poseer las características que a través del proceso de socialización se asocian al sexo femenino. Unas condiciones que justifican las dificultades que en la actualidad existen para encontrar personas que las cumplan. Aunque pueden encontrarse algunos casos en que esta situación se convierta en un motivo de gratificaciones personales e incremento de la propia autovalía y de fortalecimiento de la identidad. Son los sujetos a los que llamamos codependientes (Blanco Picabia, 1999).

### **¿QUE ES LA CODEPENDENCIA?**

Aunque podríamos ubicar los antecedentes del término codependencia en el concepto de dependencia mórbida de Horney (1942) el mayor auge se produce por su asociación con las dependencias al alcohol, especialmente a partir de la creación de la asociación de esposas de alcohólicos quienes con este tér-

mino pretenden enfatizar el papel que juega el cónyuge en el reforzamiento de la conducta del alcohólico (Haaken, 1993). En este sentido y tal y como apunta Irwin (1995) la esposa del alcohólico hace suya la responsabilidad de la vida de su cónyuge y a pesar de lo infructuoso de sus intentos, su papel de cuidadora le ayuda a desarrollar un particular sentido de identidad. Sin embargo, paulatinamente el término codependencia va ampliándose y empieza a considerarse que no es la problemática del sujeto alcohólico la responsable de la aparición de la codependencia del cónyuge sino que puede haber sido adquirida durante la niñez. Así, comienza a ser interpretado como el resultado del desarrollo psicológico del sujeto dentro de una familia con algún tipo de disfunción (y por tanto no necesariamente relacionado con la alcoholdependencia) que predispone a estos sujetos a establecer en su adultez relaciones de cuidados disfuncionales con una marcada tendencia por vincularse a sujetos adictos o compulsivos (Prest y Protinsky, 1993). De esta manera, la codependencia llega a ser definida de manera amplia

como aquellas experiencias tempranas que implican un abuso infantil de cualquier tipo (Morgan, 1991), como cualquier sufrimiento y/o disfunción que se asocia con o resulta de centrarse en las necesidades y comportamientos de otros (Whitfield, 1989) o como una adicción a personas, conductas o cosas (Hemfelt, Minirth y Meier, 1989), aunque en la actualidad podemos encontrar más de una veintena de definiciones (para una revisión del tema véase Whitfield, 1991).

Además de la falta de una definición que esté lo suficientemente consensuada, encontramos entre los problemas conceptuales del término codependencia el llegar a precisar si constituye un rasgo o un trastorno de personalidad (Gierymski y Williams, 1986; Gomberg, 1989; Haaken, 1990; Harper y Capdevilla, 1990) o incluso si puede ser entendido como una condición social debido a la alta prevalencia de este trastorno entre el sexo femenino, lo que podría estar motivado por el proceso de socialización que potencia el papel de la mujer como figura encargada de la crianza y el cuidado de los demás. No obstante,

el grado en que estas características son introyectadas e incorporadas de una manera sana o desadaptativa, depende de la personalidad del individuo.

Para otros autores, (Fisher, Spann y Crawford, 1991; O'Brien y Gaborit, 1992) la codependencia puede considerarse como un rasgo de personalidad que existe en varios grados entre la población general y que puede, bajo determinadas condiciones, convertirse en rígidos y desadaptativos y entonces constituir un trastorno de personalidad. Incluso se han establecido criterios similares a los del DSM para proponer la categoría diagnóstica de "trastorno codependiente de la personalidad" y que como señala Cermak (1986, 1991), por sus características puede constituir un trastorno complementario al de "trastorno narcisista de la personalidad":

- Ambos trastornos aparecen durante la fase simbiótica del desarrollo y bloquea la progresión hacia la fase de separación-individuación;

- Ambas personalidades implican "reflejarse": los narcisistas se relacionan con los otros únicamente para ver los aspectos de si mismos reflejados

en esas personas, mientras que los codependientes buscan relacionarse para poder reflejarse en ellos;

- El origen de ambos implica relaciones disfuncionales con los padres. En el caso del sujeto codependiente, el padre niega todas aquellas cualidades, valores y características del hijo que no respondan o se asemejen a las suyas propias, mientras que en el caso del sujeto narcisista, el padre valora las cualidades del hijo pero niega o imposibilita que el hijo conforme o introyecte una imagen idealizada del padre.

Asimismo, se ha señalado la tendencia de los sujetos codependientes a desarrollar otras alteraciones tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, disfunciones físicas, trastornos de la alimentación o compulsivos, destacando un alto grado de necesidad de control, problemas para establecer los límites yo-otros y el desplazamiento de sentimientos reprimidos por el camino de conductas autodestructivas. Igualmente se ha destacado la tendencia de estos sujetos a relacionarse con personas consumidoras de sustancias tóxicas (Cermak, 1986).

## **¿CUALES SON LAS CARACTERISTICAS DEL SUJETO CODEPENDIENTE?**

Como señalan Schaefer (1986), Fischer y Crawford (1992), Crothers y Warren (1996) la dinámica del sujeto codependiente parece caracterizarse por:

- Centrarse en aquellas personas que configuran su medio en un intento de ejercer algún tipo de control sobre sus vidas.

- Búsqueda de la aprobación de los otros para constituir su propia autoconfianza.

- Falta de autonomía.

- Falta de un fuerte sentido de la identidad personal, por ello puede presentar cuadros o rasgos de ansiedad cuando existe una pérdida de relación o un período de separación (Coleman y Colgan, 1986, Smalley y Coleman, 1987).

- Excesiva implicación en ofrecer cuidados o atender las necesidades de los demás con el propósito de obtener apoyo emocional e incrementar su autoconcepto.

- Tendencia a establecer relaciones emocionales con sujetos que presentan distintos trastornos de personalidad, compulsivos o de consumo de

sustancias tóxicas (Lyon y Greenberg, 1991).

A pesar de que las investigaciones sobre la codependencia son escasas, estudios como el llevado a cabo por Lindley y Giordano (1999) permiten ir matizando y completando las características del sujeto codependiente. Así en lo que se refiere a la falta de autonomía, esta parece referirse al aspecto emocional, ya que a niveles conductuales, los sujetos codependientes pueden mostrar una elevada capacidad para desenvolverse independiente y efectivamente en la vida cotidiana lo que incluso puede ayudarles a incrementar la aceptación y la aprobación de los demás.

Por otra parte, entre las características de las familias de sujetos codependientes se incluyen (Spann y Fischer, 1990) la percepción de una falta de aceptación, sentimientos de no ser querido ni entendido, dificultades para expresar sentimientos o problemas de manera segura y existencia de padres autoritarios (alto control y bajo apoyo) (Fischer y Crawford, 1992) así como otras características socioeconómicas tales como el desempleo o la existencia de

estrategias de resolución de conflictos violentas.

Ahora bien ¿cómo fomentan las conductas parentales disfuncionales la aparición de la codependencia?. Son varias las hipótesis que se han desarrollado (Crothers y Warren, 1996). En primer lugar los adultos codependientes pueden sencillamente haber aprendido a través de la observación y el modelado las conductas codependientes de uno de sus progenitores (de hecho parece ser frecuente la existencia de un progenitor codependiente o al menos, con algunos rasgos de codependencia). Una segunda posibilidad es que sea el estilo parental caracterizado por el uso del control, la negación y la rigidez el que fomenta la aparición de las características codependientes en los hijos. La tercera posibilidad es que lo que genera la codependencia sea la combinación de las dos alternativas anteriores, esto es, la existencia de un progenitor codependiente y un estilo parental adverso.

De cualquier forma, se acepta que las características codependiente se desarrollan en ambientes familiares estresantes, incluyendo la presencia de alco-

holismo, abuso, enfermedad o conflicto crónico en los que los pensamientos y sentimientos codependientes constituyen un mecanismo de afrontamiento del estrés o los conflictos generados, pero que implica que la identidad del sujeto se construye en base a las opiniones o reacciones de los demás (Meyer, 1997).

### **¿QUE CONSECUENCIAS TIENEN LAS CONDUCTAS CODEPENDIENTES EN LAS ENFERMEDADES CRONICAS?**

Cuando un sujeto codependiente se convierte en cuidador/ a de un enfermo crónico o un sujeto incapacitado tiende a convertir a éste en el eje de su vida y de su existencia, haciendo suyas las necesidades del otro y confundiendo la cercanía o la proximidad con el conformismo y la intimidad con la unión y la identificación. Ello conlleva una exclusión de las necesidades propias y una falta de expresión de emociones y sentimientos propios. El "Yo" queda relegado y desplazado por el "Él". Y si bien por un lado y en determinados aspectos esta situación conlleva aspectos positivos también son

frecuentes la aparición de consecuencias negativas tanto en el sujeto cuidado como en el cuidador. Entre los aspectos positivos encontramos la satisfacción y el cuidado de las necesidades físicas del paciente y un posible incremento de la propia valía en el cuidador.

Pero, por otro lado, la identificación con el otro y los intentos por controlar su vida puede hacer que el cuidador codependiente confunda las verdaderas necesidades del paciente, sustituyéndolas por las suyas propias, sobreprotegiendo y limitando aún más la propia autonomía e independencia del sujeto enfermo lo que puede incidir negativamente en el bienestar y el equilibrio emocional del mismo.

Mientras que en lo que se refiere al cuidador, ¿qué ocurre cuando a pesar de los cuidados el sujeto no evoluciona favorablemente o no acepta adecuadamente esos cuidados o el progresivo deterioro y las posibles complicaciones precipitan la muerte del sujeto?. Estas cuestiones se convierten en especialmente negativas para los sujetos codependientes. Y en este contexto, hemos de considerar, como apuntan Schulz, et al. (1995) que

los sujetos pueden "contagiarse" por el estado anímico de aquellos que los rodean, por lo que es probable que los sujetos cuidadores presenten estados anímicos depresivos cuando estos son también prevalentes en los sujetos enfermos crónicos o incapacitados. Además si tal y como mantienen estos autores, es frecuente encontrar que el progresivo deterioro y la muerte inminente puede llegar a ser igual o más estresante que el cuidado del sujeto (Schulz, et al., 1995), es lógico suponer que estas vivencias negativas sean más intensas en el caso de sujetos codependientes que han convertido al otro en el eje de sus propias vidas. Lo cual puede intensificarse si consideramos que cuando la enfermedad aparece antes de que el cuidador haya creado su propia familia, es probable y frecuente que el tiempo y la dedicación al sujeto enfermo hagan que el cuidador se sienta incapacitado para establecer vínculos afectivos o emocionales fuera de la diada cuidador-cuidado (de hecho, como demuestran Brody, Litvin, Hoffman y Kleban (1995) el 44% de las mujeres cuidadoras de alguna de las figuras parentales no están casadas).

En definitiva, podemos encontrar como una actitud socialmente valorada y potenciada como puede ser el cuidado incondicional de la persona incapacitada (especialmente si además es un familiar) puede llegar a convertirse en el caso de personas con ciertos rasgos de personalidad, en una relación patológica que afecta negativamente tanto al sujeto que recibe los cuidados como a quien, con su mejor intención, los prodiga y que puede acabar ocasionando distorsiones graves en las interacciones entre el paciente y el personal sanitario, en la dinámica familiar y en la evolución de la enfermedad. A lo que habríamos de añadir las posibles alteraciones y desequilibrios que los sujetos codependientes pueden desarrollar cuando adoptan el papel de cuidador.

## CONCLUSIONES

- El sistema sanitario español, esta en la actualidad, fundamentalmente orientado hacia la prevención, diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, pero no dispone de los recursos necesarios para atender las necesidades de aquellas personas

que tienen que afrontar la asistencia y el cuidado permanente de los sujetos incapacitados.

- Estos cuidadores informales suelen ser mayoritariamente del sexo femenino, lo que puede deberse, al menos parcialmente, al propio proceso de socialización que fomenta y potencia el papel de "cuidadora" de la mujer que frecuentemente tiene que compatibilizar este rol con la atención de las necesidades de otros miembros de la familia o con sus actividades laborales.

- Aunque son numerosas las investigaciones centradas en las consecuencias de esta "sobrecarga" y los posibles mediadores del mismo, son relativamente menores los realizados sobre la influencia que las características de personalidad pueden ejercer.

- La codependencia es actualmente definida como un rasgo de personalidad (que puede llegar a constituir un trastorno de personalidad) caracterizado por una tendencia a centrarse en las necesidades y comportamientos de otros, olvidando las propias y elaborando el propio autoconcepto y autovalía en función del reconocimiento de los demás. La influencia que dicha estructura puede ejercer sobre la

situación de cuidado puede ser de vital importancia no sólo para el equilibrio físico y emocional del cuidador sino también del sujeto enfermo, sin que, hasta el momento, se le haya prestado la necesaria atención.

## REFERENCIAS

- Anastas, J., Gibeau, J., & Larson, P. (1990). Working families and eldercare: a national perspective in an aging America. *Social Work, 35*, 405-411.
- Belle, D. (1987). Gender differences in caregiving: why do wives report greater burden?. En R.C. Barnett, L. Biener & K. Baruch (Eds.): *Gender and stress*. New York: The Free Press.
- Blanco Picabia, A. (1999). La codependencia en el actual sistema sanitario español. Ponencia presentada en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Abril. Granada
- Braithwaite, V. (1996). Between stressors and outcomes: can we simplify caregiving process variables?. *The Gerontologist, 36*, 42-51.
- Brody, E. M., Litvin, S. J., Hoffman, Ch., & Kleban, M. H. (1995). Marital status of caregiving daughters and co-residence with dependent parents. *The Gerontologist, 35*, 75-85.
- Carothers, M., & Warren, L. W. (1996). Parental antecedents of adult codependency. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 231-239
- Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*, 15-20.
- Cermak, T. L. (1991). The relationship between codependence and narcissism. En T. M. Rivinus (Ed.). *Children of chemically dependent parents: multiperspectives from the cutting edge*. New York: Brunner/Mazel.
- Chang, C., & White-Means, S. (1991). The men who care: an analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *The Journal of Applied Gerontology, 10*, 343-358.
- Coleman, E., & Colgan, M.A. (1986). Boundary inadequacy in drug dependent families. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*, 21-30
- Finley, N. (1989). Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for elderly parents. *Journal of Marriage and the Family, 51*, 789-86.
- Fischer, J. L., & Crawford, D. (1992). Codependency and parenting styles. *Journal of Adolescents Research, 7*, 352-363.
- Fischer, J. L., Spann, L., & Crawford, D. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly, 8*, 87-100.
- Flaherty, J., & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science and Medicine, 28*, 1221-1228.
- Fleishman, J. A. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of Health and Social Behavior, 25*, 229-244.
- Gieryski, T., & Williams, T. (1986). Codependency. *Journal of*

- Psychoactive Drugs*, 18, 7-13.
- Gomberg, E. S. L. (1989). On terms used and abused: the concept of "codependency". *Drugs and Society*, 3, 113-132.
- Haaken, J. (1990). A critical analysis of the codependence construct. *Psychiatry*, 53, 396-406.
- Haaken, J. (1993). From Al-Anon to ACOA: Codependence and the reconstruction of caregiving. *Signs. Journal of Women in Culture and Society*, 18, 321-354.
- Harper, J., & Capdevilla, C. (1990). Codependency: a critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 285-292.
- Hooker, K., Frazier, L. D., & Monahan, D. J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34, 386-392.
- Horney, K. (1942). *Self-analysis*. New York: Norton Press.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: differences in role performance and consequences. *The Gerontologists*, 26, 253-259.
- Irwing, H. J. (1995). Codependence, narcissism and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 658-665.
- Kramer, B. J., & Kipnis, S. (1995). Eldercare and work-role conflict: toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *The Gerontologist*, 35, 340-348.
- Lindley, N. R., & Giordano, P. J. (1999). Codependency: predictors and psychometric issues. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 59-64.
- Lynch, S. A. (1998). Who supports whom? How age and gender affect the perceived quality of support from family and friends. *The Gerontologist*, 38, 231-238.
- Lyon, D., & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependence in women with an alcoholic parent: helping out Mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 435-439.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- Meyer, D. F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 107-116.
- Miller, B., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: fact or artifact?. *The Gerontologist*, 32, 498-507.
- Morgan, J. P. (1991). What is codependency. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 720-729.
- O'Brien, P. E., & Gaborit, M. (1992). Codependency, a disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 129-136.
- Pearling, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pearling, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Poulshock, S., & Deimling, G. (1984). Families caring for elders in residence: issues in measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 230-239.
- Prest, L. A., & Protinsky, H. (1993). Family systems theory: a unifying framework for codependence. *American Journal of Family Therapy*, 21, 3521-360.

- Schaeff, A. (1986). *Co-dependence. Misunderstood-mistreated*. Minneapolis: Winston Press.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Smalley, S., & Coleman, E. (1987). Trating intimacy of dysfunction in dyadic relationships among chemically dependent and codependent clients. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1, 229-243
- Spann, L., & Fischer, J.L. (1990). Identifying codependency. *The Counselor*, 8, 27
- Starker, J. (1986). Methodological and conceptual issues in research on social support. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 485-362.
- Stoller, E. (1983). Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 851-858.
- Stone, R., & Short, P. (1990). The competing demands of employment and informal caregiving to disabled elders. *Medical Care*, 28, 513-526.
- Whitfield, C. L. (1989). Co-dependence: Our most common addiction- some pysical, mental emotional and spiritual perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 19-35.
- Whitfield, C. L. (1991). Co-dependence: healing the human condition. Deerfield Beach, FL: Health Communicatons, Inc.
- Young, R., & Kahana, E. (1989). Specifying caregiving outcomes: gender and relationship aspects of caregiving strain. *The Gerontologist*, 29, 660-666