

CODEPENDENCIA Y SUS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: UN ESTUDIO DOCUMENTAL

Rosanna M. Martins-D'Angelo¹ – Universidad de Barcelona, Barcelona, España
M^a Concepción Menéndez Montañés – Universidad de Barcelona, Barcelona, España
Juana Gómez-Benito – Universidad de Barcelona, Barcelona, España
Yamila Fernanda Silva Peralta – Universidad de Barcelona, Barcelona, España

RESUMEN

El objetivo de este estudio documental es describir una breve historia de la Codependencia, hacer una revisión de sus instrumentos psicométricos creados hasta hoy y describir los más citados en la literatura. Esta investigación forma parte de un estudio mayor, que tiene como objetivo general describir el estado de arte existente sobre codependencia a través de una exhaustiva búsqueda documental en la Base de datos PsycINFO. Entre los años 2004 a 2008, fueron seleccionados y analizados 433 documentos sobre Codependencia. El primer documento capturado tiene fecha de 1981, mientras que el último es de 2008. En una segunda selección, se analizaron 81 documentos, los que consideraban los instrumentos de evaluación para medir el concepto Codependencia. Los instrumentos más citados en dichos documentos fueron: *Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS)*, *Co-dependency Assessment Questionnaire (CAQ)* y *Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory (CAI)*.

Palabras-clave: Codependencia; Evaluación Psicológica; Instrumentos de Evaluación

CODEPENDENCY AND ITS INSTRUMENTS OF EVALUATION: A DOCUMENTAL STUDY

ABSTRACT

The aim of this documental study is to describe a brief history of Codependency, to carry on a review of the psychometric instruments developed up to now and to describe the most cited instruments in the literature. This research is part of a larger study which general objective is to describe the existing state of the art about codependency through an extensive document search in PsycINFO database. Between 2004 and 2008, were selected and reviewed 433 documents about codependency, the first document captured is dated in 1981 and the last in 2008. In a second selection, 81 documents were analyzed, those documents which consider assessment instruments to measure the concept Codependency. The most cited instruments were: *Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS)*, *Co-dependency Assessment Questionnaire (CAQ)* and *Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory (CAI)*.

Keywords: Codependency; Psychological Evaluation; Evaluation instruments

La Codependencia es un concepto multidisciplinario y, desde su aparición hace aproximadamente cuatro décadas, está recibiendo una atención sistemática en el ámbito científico. Eso es debido al reconocimiento de su importancia en los tratamientos y las intervenciones psicosociales. Según Beattie (2010), autora de gran relevancia sobre ese tema, la Codependencia hoy forma parte del programa de diversos cursos y planes de entrenamiento de los profesionales de la salud mental, en centros de tratamiento químico y en grupos de apoyo, siendo cada vez mayor el número de personas no profesionales que se identifican con el concepto.

El término Codependencia (CD) tiene su origen en el campo de las adicciones químicas, cuando la persona alcohólica o drogadicta pasó a ser definida por los profesionales de los centros de

tratamiento químico como *dependiente de sustancia química*. En contrapartida, esos profesionales de la salud pasaron a referirse a los compañeros del *dependiente* por el término *codependiente* (Beattie, 1998; Cermak, 1986).

El trabajo con las personas codependientes indicaba que ellos exhibían rasgos comunes, tenían un patrón vinculante característico con pensamientos y sentimientos, y un modo de reaccionar que les adolecía poco a poco. Por ejemplo, cuando el dependiente químico empezaba a recuperarse, el comportamiento codependiente de sus familiares frecuentemente continuaba o empeoraba. Ese hecho revelaba que las causas de la CD podrían ser investigadas a través de experiencias anteriores que a menudo implicaron algún tipo de abuso infantil. Los familiares codependientes procedían de hogares disfuncionales (no necesariamente alcohólicos) y se habían convertido prematuramente en *cuidadores*

¹ E-mail: rosannadangelo@hotmail.com

de sus *cuidadores*, puesto que los adultos que debían ejercer este rol estaban incapacitados de ejercerlo a causa de sus propias patologías (Melody, Miller & Miller, 2004).

Posteriormente, la CD pasó a referirse también a los miembros de familias afectadas por cualquier perturbación grave o desorden compulsivo y a los compañeros de personas con problemas graves de comportamiento. Igualmente, fueron incluidos a ese grupo los familiares de personas con enfermedad crónica, padres de niños con problemas de comportamiento y profesionales de la salud (Beattie, 1998).

Las investigaciones han puesto en evidencia que las personas que vivieron o viven en una familia disfuncional o con alguien discapacitado, neurótico o enfermo, también presentan conductas y síntomas codependientes (Barnette de Maqueo & Barnette Pous, 2011). En ese sentido, destacamos que, en los últimos años, diversas investigaciones empíricas confirmaron las hipótesis de los expertos en CD (Beattie, Cermak, Melody & cols., entre otros) y de los profesionales de la salud, indicando poco o ninguna relación entre la CD y la dependencia química o alcohólica en el entorno familiar en la infancia o la adultez (Bagheri, 2005; Crothers & Warren, 1996; Fuller & Warner, 2000; Fischer, Pidcock, Munsch & Forthun, 2005; Holloway, 1999; Meyer, 1996, 1997; Yearing, 2003).

Asimismo, estudios recientes han relacionado la CD con la historia de abuso infantil, especialmente relacionados con malos tratos emocionales en la niñez (Reyome, 2010), el abuso físico, el abuso emocional y la negligencia (Reyome & Ward, 2007). Varios autores criticaron la falta de consenso y deducción empírica de las diversas definiciones de CD, las que proliferaron entre los años 80 y 90 (ver Tabla 1, en Martins-D'Angelo & Menéndez Montañés, 2011). Beattie (1998) aseguraba que una definición no era más exacta que la otra, sino que unas describían las causas, otras sus efectos, otras la condición general o los síntomas, otras sus patrones o el dolor provocado.

En 1990, el *Nacional Council on Co-dependence* realizó un consenso para validar una definición de CD, y desarrolló la siguiente definición:

CD es un comportamiento aprendido expresado por dependencias en las personas y cosas fuera de si mismo; estas dependencias incluyen negligencia y

disminución de la propia identidad. El falso yo que emerge es frecuentemente expresado a través de hábitos compulsivos, adicciones y otros desórdenes que además incrementan la alienación de la identidad verdadera, adoptando una sensación de vergüenza. (Whitfield, 1991, p. 10)

Dear y Roberts (2005), en su revisión de la literatura, encontraron una primera aclaración sobre las características de la CD, definiendo sus cuatro elementos centrales, los cuales son: a) Enfoque externo, en el que la atención está enfocada en los comportamientos, opiniones y expectativas de los demás y, como consecuencia, el codependiente ajusta su conducta a estas expectativas para lograr la aprobación y estima; b) Auto-sacrificio, por el que la persona negligencia sus necesidades para satisfacer las de los demás; c) Control interpersonal, el sujeto cree que es capaz de resolver y controlar los problemas y los comportamiento ajenos; y d) Supresión emocional, supresión deliberada o limitada conciencia de sus emociones hasta un punto abrumador.

En una reciente revisión de la literatura sobre CD, Martins-D'Angelo y Menéndez Montañés (2011) han puesto en evidencia que los autores destacan al menos dos denominadores comunes en su etiología. Uno de ellos es relacionarse con personas disfuncionales o problemáticas. Otro denominador, y quizás el más habitual, está incluido en la dinámica de la familia de origen; son las reglas silenciosas y no escritas comunes en los sistemas de familias alcohólicas, pero que emergen también en familias con otras disfunciones.

Dichas reglas impiden la discusión de los problemas y una comunicación honesta y directa. Por otra parte, inhiben la expresión de los sentimientos y niegan las expectativas realistas tales como ser vulnerable o imperfecto. Al mismo tiempo, esas reglas silenciosas entorpecen los movimientos de crecimiento o cambio familiares, prohíben el egoísmo, e imposibilitan la confianza en uno mismo y en los demás.

Anteriormente, autores como Loughead, Spurlock y Yuan-yo ting (1998) apuntaban la divulgación del concepto de CD, denunciando la carencia de investigaciones científicas para el desarrollo de su teoría, y del diagnóstico de los signos y síntomas del síndrome. De ese modo, observaron poca claridad sobre si CD era un desorden psicológico, un rasgo de personalidad o una condición social.

Loughead y colaboradores (1998) también consideraban que la falta de investigación ante el creciente interés popular del concepto de CD debía suscitar a los profesionales de la salud mental la responsabilidad de investigar el tema. En ese sentido, un actual estudio bibliométrico sobre la producción científica publicada sobre CD en PsycINFO, de Martins-D'Angelo, Menéndez Montañés, Gómez-Benito y Silva Peralta (en prensa), comprobó el empeño de los estudiosos en investigar empíricamente el constructo para aportar datos fiables a su teoría.

Hemos constatado que la CD está siendo investigada bajo diversos aspectos, tales como: a) revisiones históricas que apoyan el concepto, b) críticas y tentativas de desacreditarlo y c) desarrollo y validación de instrumentos que puedan conceptualizar y diagnosticar la CD. Debido a la importancia de la evaluación y del diagnóstico en el contexto de las investigaciones y en el ámbito clínico, el presente estudio tiene como objetivo realizar una exposición de las herramientas existentes en las publicaciones de la Base de Datos PsycINFO. En este estudio se pretende identificar y describir las herramientas más citadas, proporcionando informaciones para futuros estudios sobre sus propiedades psicométricas, así como realizar adaptaciones y validaciones de las mismas en otras poblaciones.

MÉTODO

Esta investigación forma parte de un estudio mayor, que tiene como objetivo general describir el estado de arte existente sobre CD, a través de una exhaustiva búsqueda documental en la Base de Datos PsycINFO, realizada en 2008. Utilizando el descriptor *Codependency*, se seleccionaron y analizaron 433 documentos sobre CD, el primer documento obtenido tiene fecha de 1981 y el último de 2008. La búsqueda documental fue realizada por primera vez el año 2004, siendo actualizada cada año hasta el 2008, con el objetivo de revelar las últimas investigaciones referentes a CD.

En una segunda selección, se analizaron 81 documentos, únicamente los que consideraban los instrumentos de evaluación para medir el concepto. De todos los instrumentos considerados en estos documentos, se identificaron los más citados en la literatura, a saber, *Spann-Fischer Codependency Scale* (SF CDS), *Co-dependency Assessment*

Questionnaire (CAQ) y *Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory* (CAI).

RESULTADOS

La necesidad de definir, operacionalizar y dar credibilidad al concepto CD ha impulsado a los investigadores a cuantificarlo a través de instrumentos administrados a los sujetos y, en su mayoría, con formato de escala o cuestionario. Los autores de los instrumentos, citados en la Tabla 1, basaron sus investigaciones en aspectos de la teoría existente sobre CD y algunos de ellos en su experiencia clínica.

A continuación, serán descritos puntualmente los tres instrumentos con mayor frecuencia de aparición en la literatura analizada.

Escala de Codependencia Spann-Fischer (Spann-Fischer Codependency Scale; SF CDS)

La *Spann-Fischer Codependency Scale* (SF CDS) de Fischer, Spann y Crawford (1991) es el instrumento que aparece con más frecuencia, citado en 27 de los 81 documentos analizados (el 33%). Ese instrumento trata la CD implícitamente como un rasgo de la personalidad, centrándose en las diferencias individuales siguientes: extrema atención fuera de sí mismo, dificultad para expresar sentimientos y significado personal derivado de las relaciones con los otros.

Se trata de un instrumento breve de auto-informe que consiste en 16 ítems, tales como:

es duro para mí decir no, me parece que entro en las relaciones que son dolorosas para mí, yo frecuentemente pongo las necesidades de los demás delante de las mías propias, y cuando hago algo muy bien para mí mismo usualmente me siento culpado.

Las respuestas se contestan según una escala Likert de 6 puntos que se extiende desde *Desacuerdo fuertemente* hasta *Acuerdo fuertemente*. La puntuación total oscila de 16 a 96 puntos y, cuanto más alta sea la puntuación, mayor es la CD del entrevistado (Fischer & cols., 2005; Irwin, 1995; Crothers & Warren, 1996). Fischer y colaboradores (1991), al comparar las distribuciones de los percentiles de los grupos investigados, establecieron como parámetros: 67,2 puntos = alta CD y 37,3 puntos = baja CD.

Tabla 1. Instrumentos que evalúan Codependencia

Nombre del instrumento, autor(es) y año en que fue desarrollado	Frecuencia con que aparece
<i>Co-Dependents Anonymous Checklist (CoDA)/CODAC</i> (Co-Dependents Anonymous/Whitfield,---)	1
<i>Modified Codependency Assessment Criteria</i> (---,---)	1
<i>Friel Adult Child/Co-dependency Assessment Inventory</i> (Friel, 1985)	11
<i>Acquaintance Description Form-C2</i> (Wright & Wright, 1985)	2
<i>Codependency Relationship Questionnaire</i> (Kritsberg, 1985)	1
<i>Diagnostic Criteria for Co-Dependent Personality Disorder</i> (Cermak, 1986)	9
<i>Co-Dependency Inventory – CODI</i> (Stonebrink, 1988)	1
<i>Codependency Assessment Questionnaire (CAQ)</i> (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989)	13
<i>Codependency Self-Inventory Scale</i> (Weinhold & Weinhold, 1989)	1
<i>Co-Dependency Checklist</i> (Wells & cols., 1989)	2
<i>Recovery Potential Survey</i> (Whitfield, 1991)	1
<i>OLI- Orientation to Life Inventory</i> (Kitchens, 1991)	1
<i>A Co-Dependence Test</i> (Kitchens, 1991)	1
<i>Acquaintance Description Form-C3</i> (Wright & Wright, 1991)	1
<i>Codependent Relationship Inventory</i> (deBrown, 1991)	2
<i>Spann-Fischer Codependency Scale (SF CDS)</i> (Fischer, Spann & Crawford, 1991)	27
<i>Beck Codependency Assessment Scale (BCAS)</i> (Beck, 1991)	3
<i>Co-Dependency Inventory (CDI)</i> (O'Brien & Gaborit, 1992)	3
<i>Codependent Rating Scale</i> (Lovelett, 1992)	1
<i>Codependency Self Assessment Scale</i> (Minnitti, 1992)	1
<i>Relationship Style Inventory</i> (Rosenberg, 1993)	1
<i>Eight-Factor Codependency Scale (EFCDS)</i> (Kottke, Warren, Moffett & Williams, 1993)	3
<i>Hodgson Codependency Personality Questionnaire-1</i> (Hodgson, 1994)	1
<i>Codependent Questionnaire (CdQ)</i> (Roehling & Gaumont, 1996)	3
<i>Codependence Behavior Items List</i> (Kirby-Green, 1998)	2
<i>Codependency Assessment Tool (CODAT)</i> (Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998)	9
<i>Codependent Acquaintance Description Form</i> (Wright & Wright, 1998)	1
<i>ADF-C5- Acquaintance Description Form C5</i> (Wright & Wright, 1999)	3
<i>New Questionnaire (New Q)</i> (Lindley, Giordano & Hammer, 1999)	1
<i>Holyoake Codependency Index (HCI)</i> (Dear & Roberts, 2000)	3
<i>Idaho Codependency Scale</i> (Harkness, Swenson, Madsen-Hampton & Hale, 2001)	3
<i>Instrumento de Codependencia (ICOD)</i> (Gayol & Lira, 2002)	1
<i>Instrumento para medir Codependencia (IC)</i> (Gómez & Delgado, 2003)	2
<i>Nursing Codependency Questionnaire - NCQ</i> (Allison, 2004)	2

Nota 1. --- En esta revisión de literatura no se han encontrado estos datos.

Nota 2. Las referencias a los documentos utilizados para la confección de la Tabla 1 se encuentran disponibles para el lector a través de correspondencia a la dirección electrónica del primer autor.

Elaboración de los ítems

En 1990, Spann y Fischer revisaron la literatura existente considerando las múltiples características de la CD y sus diversas definiciones, identificando 18 características que representaban dinámicas interpersonales, además de los atributos de personalidad. Sintetizaron esas características en

tres áreas, y desarrollaron la siguiente definición operacional de CD:

Es una condición psicosocial que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de relacionarse con los demás, este patrón es caracterizado por: un locus externo extremo, la carencia de una expresión abierta de sentimientos y el

intento para crear un sentido de propósito a través de las relaciones. (Fischer & cols., 1991, p. 27)

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

Fiabilidad y validez

Fischer y colaboradores (1991) examinaron la fiabilidad y la validez de la SF CDS, correlacionando CD con constructos asociados al concepto, tales como: depresión, ansiedad, locus de control externo y autoestima. Utilizaron un total de 682 voluntarios, repartidos en 5 muestras: 638 universitarios (grupos A, B y C), 30 miembros de Al-Anon (grupo de recuperación) y 14 codependientes auto-identificados (grupo de codependientes). Todos los participantes respondieron a una batería múltiple de pruebas y a extensos datos demográficos.

Fueron administrados al grupo A, al grupo de recuperación, y al grupo de codependientes diferentes escalas para medir Locus de control, Autoestima, Deseabilidad social, Masculinidad y Femenidad. El grupo B respondió a escalas de Ansiedad y de Depresión. El grupo C completó escalas referentes a las Relaciones con los Padres en la calidad de comunicación, apoyo, control y actividades de recreación (Fischer & cols., 1991).

Fischer y colaboradores (1991) alcanzaron la validez de contenido a través de una revisión de los expertos en el tema, así como del análisis factorial que respaldó la definición en la cual fue basada la escala. Para hacer un análisis factorial de los componentes principales de la escala, se utilizaron las respuestas de los grupos de estudiantes, del grupo de miembros de Al-Anon, y del grupo de codependientes. Todos, a excepción de un ítem, el nº5 de la primera carga factorial, tiendieron a .30 o más, sugiriendo que la escala era unidimensional.

Para certificar que los aspectos definatorios de la CD estaban presentes, fueron examinadas las

cargas factoriales rotadas. Los 4 factores ortogonales (rotación Varimax) fueron extraídos de los auto-valores mayores que 1.00 y del scree test (Fischer & cols., 1991). En ese análisis de los factores, se pudo observar las áreas esperadas para caracterizar CD, siendo los primeros y segundos factores indicativos de la primera parte de la definición de CD: Locus externo y Cuidado del otro. El tercer factor puntualizó la Carencia de la expresión abierta de sentimientos y, el cuarto describió el Propósito en las relaciones con los demás. Esos descriptores representaron las segundas y terceras partes de la definición de CD.

Con relación a la validez convergente, los constructos Depresión, Ansiedad y Locus de control correlacionaron positivamente con CD, y tanto la Masculinidad como la Autoestima correlacionaron negativamente. Contrario a lo esperado, la Femenidad no se correlacionó con CD. Para establecer la validez discriminante, fueron consideradas las variables de edad, ocupación, ingresos, raza, ocupación y familia de origen. En esos casos, las correlaciones de CD con esas variables no fueron significativas. Por otro lado, variables como el apoyo, la comunicación y la satisfacción, se correlacionaron inversamente con la CD (Fischer & cols., 1991).

Con respecto a la fiabilidad, la SF CDS dada al grupo A, al grupo de recuperación y al grupo de codependientes, alcanzó un Alfa de Cronbach de .77. La escala, versión de 16-ítems, dada a los grupos B y C obtuvieron Alfas de Cronbach de .73 y .80, respectivamente. Los promedios de los grupos de estudiantes no fueron perceptiblemente diferentes, (52.32, 51.55, y 51.99 respectivamente) indicando que la fiabilidad de la escala se mantenía a través de las muestras (Fischer & cols., 1991). Los autores advirtieron que la muestra de codependientes auto-identificados fue demasiado pequeña para formar patrones significativos para la escala, demostrando así cierta limitación en el estudio.

Cuestionario de Evaluación de Codependencia (Codependency Assessment Questionnaire; CAQ)

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

evaluado. Ese instrumento, que fue encontrado en 13 de los 81 documentos analizados (el 16%), fue el segundo más citado en la investigación realizada.

El CAQ es un instrumento de auto-informe, de 34 ítems, usado como una medida categórica de la CD versus ninguna CD. Consta de ocho subescalas, los efectos específicos, que buscan determinar los estados cognitivos y afectivos considerados para el diagnóstico de la CD. Cada subescala contiene de tres a seis preguntas a las cuales los entrevistados contestan "Sí" o "No" (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989; Meyer, 1997, Meyer & Russell, 1998; Stafford, 2001).

Elaboración de los Ítems

Para elaborar los ítems del CAQ, Potter-Efron y Potter-Efron (1989) utilizaron la definición de codependiente como alguien que es afectado notoriamente por la actual o pasada implicación con un alcohólico, un dependiente químico, o por vivir en un ambiente familiar altamente agotador durante largo plazo. Los efectos específicos de la CD incluyen: a) Miedo, b) Vergüenza/culpabilidad, c) Desesperación prolongada, d) Ira, e) Negación, f) Rigidez, g) Deterioro del desarrollo de la identidad, y h) Confusión.

Los autores del CAQ desarrollaron dos tablas, la Tabla 1 es el criterio de evaluación de CD (*Co-dependency Assessment Criteria*), la cual proporciona un listado de los 8 efectos específicos de la CD y una explicación de las características más frecuentes encontradas en los individuos codependientes. La Tabla 2 es el Cuestionario CAQ, en el que cada pregunta es un sondeo paralelo del criterio de evaluación de la Tabla 1. Así, la 1ª pregunta de la Tabla 2 se refiere al 1º criterio en la Tabla 1. De ese modo, el primer criterio de la Tabla 1, el Miedo, está relacionado con las preguntas del primer bloque de la Tabla 2 (*¿Te preocupas por los problemas ajenos, especialmente aquellos del usuario de drogas?, o ¿Intentas mantener las cosas controladas o manipular situaciones de su vida?*) y así consecutivamente (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989).

Los autores adoptaron esos criterios para proporcionar directrices coherentes y relativamente prudentes, para ser utilizadas en la evaluación y el tratamiento de la CD. Es necesario un mínimo de dos respuestas positivas en cada segmento de la Tabla 2 para que esta área sea considerada positiva con respecto a la CD. Un sujeto debe sumar positivamente en al menos cinco de las ocho

categorías generales para obtener una evaluación positiva de la CD.

Fiabilidad y validez

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

Igualmente, Fuller y Warner (2000) y Stafford (2001) informaron que la validez y la fiabilidad del CAQ fueron determinadas por Gotham y Sher en 1996. Esos autores examinaron la validez del constructo del cuestionario vía análisis factorial, llegando a un Alfa de Cronbach de .87 y correlacionándolo con antecedentes familiares de alcoholismo, además de otras medidas más generales de psicopatología y de personalidad.

Asimismo, encontraron también que las puntuaciones en esa medida de CD eran perceptiblemente más altas para las personas con antecedentes familiares de alcoholismo, pero esta relación fue explicada en parte por la asociación con otras clases de psicopatología, tales como neuroticismo. Esa explicación planteó la cuestión de si la CD es distinta de otras clases más generales de psicopatología.

Inventario de Evaluación de Codependencia (Friel Co-dependency Assessment Inventory; CAI)

Según la revisión de Springer, Britt y Schlenker (1998), el investigador Friel, frecuentemente citado en la literatura de CD, escribió ampliamente sobre el tema y desarrolló el *Codependency Assessment Inventory* (CAI) para el análisis empírico de CD. Ese instrumento fue encontrado en 11 de los 81 documentos analizados (casi 14%), siendo el tercero más citado.

Elaboración de los Ítems

El CAI (Friel, 1985) es descrito por Springer y colaboradores (1998) como un

instrumento que se basa en una perspectiva de desarrollo, concentrándose en los síntomas de núcleo aprendidos en la familia de origen, tal como culpabilidad inadecuada. Es un instrumento diseñado para evaluar el auto-cuidado, los secretos, la auto-crítica, el estancamiento, los problemas de límites, la familia de origen, la intimidad, la salud física, la autonomía, los sentimientos de identificación y una excesiva responsabilidad/agotamiento.

Los ítems del CAI evalúan la tendencia del individuo a pensar más en los demás que en sí mismo, a hacer demasiado para los demás (*hago demasiado para la gente y después me pregunto por qué lo hice tanto*), a evitar conflicto, a tener dificultades en expresar sus sentimientos abiertamente o en decir a otros sobre sus agravios (*cuando alguien lastima mis sentimientos o hace algo que no tengo gusto, tengo una pequeña dificultad en hablarles sobre eso*), tener dificultades para pedir lo que desea (*yo encuentro dificultad en pedir lo que deseo*) (Prest, Benson & Protinsky, 1998).

La escala de CAI consta de 60 ítems Verdadero/Falso (presentando ítems impares puntuando en negativo). Las puntuaciones van de 1 a 60, un punto por cada respuesta verdadera (Springer & cols., 1998). Las puntuaciones que van entre 10 y 20 indican problemas leves de CD, mientras que las puntuaciones superiores a 45 indican CD muy severa (Stafford, 2001).

Fiabilidad y validez

Aunque el CAI fue uno de los más citados en los documentos de esta investigación, son reducidos los datos encontrados de la aplicación de este instrumento. Springer y colaboradores (1998), al investigar sobre este inventario, no encontraron suficientes datos sobre su estructura factorial, su fiabilidad o su validez. Esos autores encontraron una sola investigación relevante sobre la validez de la escala realizada por Clark y Stoffel en 1992, donde la CD se correlacionó con una baja autoestima y con un locus de control externo.

Por otro lado, según la revisión de la literatura sobre el CAI, realizado por Prest y colaboradores (1998), el inventario demostró eficacia para diferenciar tanto las familias funcionales de las disfuncionales, en cuanto a los codependientes diagnosticados clínicamente respecto a los controles en las submuestras masculinas y femeninas. A pesar de ello, Fuller y Warner (2000) no utilizaron ese instrumento en su

investigación por ser muy largo, no tener su fiabilidad y su validez evaluadas exhaustivamente; además, en su revisión de la literatura, estos autores encontraron que las altas puntuaciones en ese inventario no fueron asociadas exclusivamente a CD.

Springer y colaboradores (1998) hicieron un intento por clarificar el constructo CD a partir de averiguar la estructura factorial, la consistencia interna, la validez concurrente y discriminante del CAI; para ello seleccionaron 217 estudiantes de psicología (52 hombres y 165 mujeres), con el requisito *ser pareja de alguien en particular*. El CAI fue correlacionado con las medidas que determinan las dimensiones relevantes de la personalidad (autoestima, timidez, gestión de la impresión, locus de control interpersonal), estilos de apego (seguridad, ansiedad, evitación) y las percepciones de las relaciones (conectividad interpersonal, relación empática, cuidado, comprensión, competitividad).

El coeficiente de correlación de Pearson reveló una correlación negativa altamente significativa entre la autoestima y la CD, $r(217) = -.64$, $p < .01$, indicando que alta CD está asociada a baja autoestima (Springer & cols., 1998). La CD correlacionó positivamente con el estilo de apego ansioso/ambivalente y con el estilo de apego evitante. Además fue encontrada una correlación negativa significativa entre la CD y el estilo de apego seguro. Los resultados apuntaron que CD no se correlacionó con apoyo, cuidado del otro y conectividad interpersonal.

Según la investigación, se encontraron correlaciones positivas con empatía, con timidez pública y ansiedad social, perceptiblemente con timidez privada y, negativamente, con la gestión de la impresión y con el locus de control interpersonal (Springer & cols., 1998). Con relación al género, no fueron encontradas diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en CD.

En la investigación de Springer y colaboradores (1998), el CAI demostró una buena consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de .87. Se realizó un análisis factorial de los componentes con una rotación Varimax ortogonal, no revelando grupos de valores que necesiten justificación conceptual. Los resultados de la investigación permitieron concluir que la escala es fiable para evaluar el constructo unidimensional de CD, además de proporcionar la evidencia de validez discriminante.

La aplicación de estos instrumentos

Destacamos algunas recientes investigaciones realizadas a través del SF CDS, el CAQ y el CAI, que aportaron importantes hallazgos a la teoría de la CD. Ellas vienen a confirmar estudios anteriores, mostrando la relación entre CD y otras variables. Entre dichas investigaciones, resaltamos las siguientes:

Utilizando la SF CDS, Reyome, Ward y Witkiewitz (2010) encontraron por un lado, que la depresión, la autoestima, la auto-diferenciación y el auto-ocultamiento son posibles mediadores de la relación entre una historia infantil de maltrato emocional con la CD; y de la misma manera, entre una historia infantil de maltrato emocional y auto-silenciamiento. En otra investigación, Hoenigmann-Lion y Whitehead (2006), aplicando el CAQ en estudiantes, encontraron una correlación entre CD y Desorden de Personalidad Dependiente y Desorden de Personalidad Límite. Adicionalmente, en la investigación de Livingston (2009), aplicando el CAI en estudiantes-atletas, encontró una diferencia significativa según el grupo de etnia, tipo de deporte practicado, deporte remunerado y no remunerado, e hijos de padres casados y solteros.

DISCUSIÓN

Indudablemente, estamos delante de un fenómeno psicológico intrapersonal e interpersonal novedoso que afecta el bienestar emocional, físico y profesional de millares de personas. Los expertos en CD explican que los comportamientos codependientes hacen el individuo vulnerable a desarrollar otros múltiples problemas como: abuso de sustancias, depresión, desórdenes alimenticios, enfermedades causadas por el estrés y situaciones de riesgo como, por ejemplo, involucrarse en relaciones disfuncionales y destructivas.

A consecuencia de eso, el individuo codependiente tendría afectada la esfera de las interrelaciones, del rendimiento laboral y de la actividad psíquica general. Tal hecho nos alerta para la necesidad de valorar la CD como concepto *multidimensional* y desde un paradigma *biopsicosocial*, por lo que requiere un estudio con un abordaje integral. En este sentido, la fiabilidad de las herramientas de diagnóstico es de fundamental relevancia.

Como se muestra en la Tabla 1, desde el surgimiento del constructo CD, ha proliferado el desarrollo de instrumentos para evaluar la CD; hemos encontrado 34. Constatamos que el 70% de

ellos fueron construidos entre los años 85 a 95, coincidiendo con el momento de “boom” de mayor productividad científica sobre el tema (Martins-D'Angelo et al., en prensa); todos ellos se han desarrollado en Estados Unidos, país de origen del constructo.

Ese hecho es congruente, considerando el contexto psicosocial e histórico: el país enfrentaba serios problemas con el alcoholismo y la dependencia química desde los años '60, y los tratamientos de los pacientes y sus familiares eran financiados por el gobierno (Harkness, Swenson, Madsen-Hampton & Hale, 2001). De ese modo, los profesionales de la salud y de los centros de tratamiento de dependencia química/alcoholismo necesitaban instrumentos fiables para diagnosticar a los posibles codependientes.

Un reciente trabajo de revisión sobre los estudios entre la CD y la Depresión en mujeres (Martins-D'Angelo & Menéndez Montañés, 2011) apuntó la necesidad de evaluar la CD en mujeres con Depresión y de realizar un diagnóstico diferencial adecuado, con el objetivo de lograr tratamientos más eficaces. Las autoras resaltaron, de manera especial, la primacía de adaptar y validar instrumentos para medir la CD en ese contexto.

A partir del año 2000, encontramos 3 instrumentos desarrollados en otros países, traspasando las fronteras de Estados Unidos: el *HCI* (Dear & Robert, 2000) proveniente de Australia, el *ICOD* (Gayol & Lira, 2002) creado en México y el *IC* (Gómez & Delgado, 2003) en Colombia (Ver Tabla 1). Esos autores, con la base en los instrumentos ya desarrollados, crearon instrumentos adecuados a su cultura y a la población a la que iban dirigidos; por ejemplo, el *ICOD* desarrollado para ser aplicado a las mujeres mexicanas o el *IC* para medir la CD en familiares de consumidores y no consumidores de drogas en Colombia. Con esas observaciones, nos gustaría resaltar la expansión y el interés de los científicos de otros países en la utilidad del constructo, a medida en que se encuentra más delimitado y concretizado.

Nos gustaría comentar que, al igual que las definiciones, fueron desarrollados numerosos instrumentos, aunque muchos de ellos fueron citados una única vez y, en la mayoría de los casos, por sus propios autores. Entre esos, el 15% fueron citados y construidos en función de tesis doctorales, quizás es éste un motivo por lo que no fueron más citados ya que, muchas veces, este tipo de trabajo no se encuentra disponible con facilidad.

Pensamos también que la disponibilidad del instrumento, así como los estudios realizados sobre su fiabilidad y validez, son importantes en el momento en el que el investigador va a elegir cual utilizar. Si un investigador necesita utilizar una herramienta de diagnóstico y no tiene acceso a ella, puede construir una propia para medir el constructo que a él le interesa. Ésta puede ser otra causa de la proliferación de numerosos instrumentos, y que muchos no hayan sido utilizados debido a la dificultad o imposibilidad de tener acceso al mismo.

En contrapartida, dentro del extenso espectro de instrumentos existentes, se destacaron la SF CDS (Fischer & cols., 1991), el CAQ (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989) y el CAI (Friel, 1985), puesto que, según los investigadores, relataron mayor coherencia teórica y metodológica. De entre esos, la escala SF CDS tiene una amplia aceptación dentro de la comunidad científica, ya que ha sido aplicado en un 33% de las investigaciones, siendo algunas realizadas en universidades de países como Suiza, Alemania e Irlanda. Acreditamos que esa aceptación más amplia se debe a que sus autores han proporcionado suficiente información al respecto de su validez y fiabilidad, tal y como se puede apreciar en los resultados.

Con relación a los ítems, la SF CDS se centra en núcleos centrales de las características de la CD (Locus externo, Cuidado del otro, Carencia de la expresión abierta de sentimientos y el Propósito en las relaciones con demás). Al ser un instrumento más corto (16 ítems), es más rápido para ser aplicado y, posiblemente, ésta es una ventaja sobre los demás. Otra de sus ventajas es que esa herramienta se encuentra disponible en Internet, para todo aquel que pretende utilizarla. Sus autores autorizan su utilización y lo único que piden es que se les envíen informes de las investigaciones los que lo hayan utilizado.

Es interesante observar que en la SF CDS no existe el ítem que hace referencia a una relación del encuestado con un dependiente químico, como por ejemplo en el CAQ: “¿Usted está preocupado con los problemas de los demás en especial de aquellos que son dependientes químicos?”. Los ítems constantes en la SF CDS abordan el cuidado y preocupación con el otro, en ítems como: “A veces yo me centro en una persona hasta el punto de descuidar de las relaciones y responsabilidades”, mientras que en ninguno de sus ítems habla específicamente del dependiente químico/alcohólico.

Desde nuestro punto de vista, eso da un margen de aplicabilidad mayor al instrumento, ya que induce al encuestado a pensar de manera libre en todas sus relaciones. Quizá un pequeño problema de la SF CDS sea el hecho de que el entrevistado tiene que contestar con las opciones, que van desde *Desacuerdo fuertemente* hasta *Acuerdo fuertemente*. Eso, a la vez que da más opciones al encuestado, puede confundirle al momento de contestar si estuviera desconcentrado, confundido, o tuviera un menor nivel de comprensión, lo que podría perjudicar los resultados de la evaluación.

Al analizar los ítems de los instrumentos seleccionados, observamos que miden características en común de la CD. Por ejemplo, el cuidado en atender las necesidades de los demás en detrimento de las propias es abordado en el SF CDS en ítems que evalúan el *Locus de control* y *Cuidado con el otro*, en el CAQ en áreas como *Miedo*, *Deterioro del desarrollo de la identidad* y, en el CAI, en los ítems de *Auto-cuidado*, que evalúan la tendencia del individuo a pensar y hacer más por los demás que para sí mismos.

Otro ejemplo podría ser el tercer factor del SF CDS, *Dificultad de expresar abiertamente los sentimientos*, abordado en el CAQ en áreas como *Ira* y *Confusión*, y en el CAI, en los ítems que evalúan las dificultades para expresar sus sentimientos o reclamar a otros sobre sus agravios. Sin embargo, los más extensos (CAQ y CAI) nos ofrecen mayores detalles de las características psicológicas del encuestado.

El CAQ, con 34 ítems, es un cuestionario interesante desde el punto de vista de una anamnesis, puesto que las preguntas elaboradas nos dan una visión bastante completa de la historia del encuestado, a la vez que delimita las áreas comprometidas (*Miedo*, *Vergüenza/Culpabilidad*, *Desesperación prolongada*, *Ira*, *Negación*, *Rigidez*, *Deterioro del desarrollo de la identidad* y *Confusión*) y que necesitan ser trabajados en el caso de una atención clínica psicoterapéutica. Por otro lado, el sistema de respuesta “sí” o “no” es muy simple, no presentando dificultades para el encuestado. El CAI es el más extenso de ellos (60 ítems); también es de fácil aplicación, con el sistema de respuesta Verdadero/Falso, y como en el CAQ, permite una visión bastante completa de la vida y la percepción que el encuestado tiene de sí mismo.

Reflexionamos que cada instrumento tiene sus ventajas y desventajas, pudiendo ser aplicado

según la necesidad y conveniencia de cada investigador y/o tipo de muestra al que va dirigido. El progreso en la investigación y teorización del constructo CD pasa principalmente por utilizarlo en intervenciones psicosociales y de la salud mental en general. Y en esas investigaciones, claro está, se precisa validar tales instrumentos diagnósticos en los países e idiomas, y adaptarlos a nuevas muestras, como por ejemplo a los adolescentes o los adultos mayores.

Cabe también reflexionar acerca de la naturaleza causal y progresiva de la CD: ¿Es la CD una característica de personalidad independientemente del contexto en el que se vive? o ¿el codependiente nasce o se hace? o ¿es la CD la que va a generar, en su proceso de interdependencia, la progresión hacia la adicción, dependencias relacionales, trastorno y enfermedad? Futuros estudios deberían dar respuesta a estos interrogantes.

Como una de las limitaciones de nuestro estudio, nos gustaría señalar que la Base de Datos PsycINFO, aunque sea en la que más documentos hemos encontrado sobre CD, publica sobretodo documentos en inglés. De ese modo, es posible que otras investigaciones, basadas en otras bases de datos, muestren otras herramientas desarrolladas para medir ese constructo o incluso otras investigaciones que hayan utilizado los instrumentos aquí descritos.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo tuvo como principal objetivo un estudio documental de los instrumentos desarrollados para evaluar la CD. Hemos visto el interés científico en el área de la salud mental sobre el fenómeno CD en su campo de aplicación. Observamos, a través de nuestros resultados, que las investigaciones están avanzando, proporcionando medios para pronosticar la CD, diagnosticarla e incluso prevenirla en las poblaciones de riesgo.

Actualmente, el constructo se encuentra en expansión en otros países; los documentos publicados en la última década en PsycINFO muestran que empieza también a ser estudiado en Bélgica, China, Israel, Alemania, Suecia, Italia, Francia y Hungría, entre otros. No obstante, aún existen muchos interrogantes a ser contestados y mucho trabajo a realizar.

El estudio de la CD es un campo con una amplia aplicabilidad y puede ser la respuesta a

muchos problemas de salud mental y psicosociales actuales, siendo de incuestionable interés y posibilidades para clínicos y teóricos. Consideramos que ese interés de los científicos contribuirá a una mayor comprensión del fenómeno en todo contexto psico-clínico-social en beneficio de las personas y de los grupos.

Sin embargo, en la investigación aplicada se hace necesaria la existencia de instrumentos de medida, válidos y fiables, adecuados a las diferentes variables demográficas para la evaluación de ese complejo constructo. Con base en nuestros hallazgos, señalamos la falta de investigaciones sobre el tema CD, así como la aplicación de instrumentos para medirla en muchos países, entre ellos España y Brasil. En la página electrónica del *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI)* del *Conselho Federal de Psicologia de Brasil*, observamos aún la ausencia de instrumentos para evaluar dicho trastorno.

Dado que la SF CDS, el CAQ y el CAI demostraron tener mayor coherencia teórica y metodológica, cabría a los investigadores de la salud mental adaptarlos al idioma y a la población a que se proponga realizar las futuras investigaciones psicológicas empíricas, lo cual aportaría una mayor comprensión del fenómeno en otros países de habla no inglesa. A su vez, haría viables las intervenciones psicosociales formativas o modificadoras en el panorama mundial, ya que las consecuencias destructivas de la CD van más allá de las fronteras.

REFERENCIAS

- Bagheri, P. (2005). *Predictors of codependency among European American and Mexican American college females*. Tesis Doctoral. US: U La Verne.
- Barnette de Maqueo, E. M. & Barnette Pous, M. E. (2011). Codependencia. Em *Quiero ser libre – Manual de trabajo*. (4ª Reimp.) (pp. 31-37). México: Grupo Editorial Patria. (Original publicado en 1993).
- Beattie, M. (1998). *Co-dependência nunca mais*. (2ª Ed.) Rio de Janeiro: Distribuidora Record de Serviços de Imprensa S.A. (Original publicado en 1987).
- Beattie, M. (2010). *La nueva Codependencia. Guía de apoyo para la generación de hoy*. (1ª Reimp.) México: Grupo Editorial Patria. (Original publicado en 2009).

- Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating codependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- Crothers, M. & Warren, L.W. (1996). Parental antecedents of adult codependency. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 231-239.
- Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2005). Validation of the Holyoake Codependency Index. *Journal of Psychology, 139*, 293-313.
- Fischer, J. L., Pidcock, B. W., Munsch, J. & Forthun, L. (2005). Parental abusive drinking and sibling role differences. *Alcoholism Treatment Quarterly, 23*, 79-97.
- Fischer, J. L., Spann, L. & Crawford, D. W. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly, 8*, 87-100.
- Fuller, J. A. & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 126*, 5 -22.
- Harkness, D., Swenson, M., Madsen-Hampton, K. & Hale, R. (2001). The development, reliability, and validity of a clinical rating scale for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*, 159-171.
- Holloway, L. V. (1999). *The efficacy of conflict resolution and mediation training to reduce the incidence of domestic violence*. Tesis Doctoral. US: Oklahoma State U.
- Hoeningmann-Lion, N. M. & Whitehead, G. I. (2006). The relationship between codependency and borderline and dependent personality traits. *Alcoholism Treatment Quarterly, 24*, 55-77.
- Irwin, H.J. (1995). Codependence, narcissism, and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 658-665.
- Livingston, A. (2009). *Assessing codependency in student athletes at Division I Historically Black Colleges and Universities in the State of Mississippi*. Tesis Doctoral. US: U New Mexico.
- Loughead, T. A., Spurlock, V. L. & Yuan-yu ting (1998). Diagnostic indicators of codependence: An investigation using the MCMI-II. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 0193-1830.
- Martins-D'Angelo, R. M. & Menéndez Montañez, M. C. (2011). Depresión y/o codependencia en mujeres: Necesidad de un diagnóstico diferencial. *Barbarói, 34*, 125-145.
- Martins-D'angelo, R. M., Menéndez Montañez, M. C., Gómez-Benito, J. & Silva Peralta, Y. F. (en prensa). Codependencia: Análisis bibliométrico de los documentos de la Base de Datos PsycINFO (1978-2008). *Revista de Psicología Plural*.
- Mellody, P., Miller, A. & Miller, J. (2004). *La Codependencia – Qué es, de dónde procede, cómo sabotea nuestras vidas. Aprende a hacerle frente*. Barcelona: Paidós.
- Meyer, D. F. (1996). Relations between codependency and the development of eating disorders. Tesis Doctoral. US: The Ohio State University.
- Meyer, D. F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology, 53*, 107-116.
- Meyer, D. F. & Russell, R. K. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling and Development, 76*, 166-173.
- Potter-Efron, R. T. & Potter-Efron, P. S. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. Em B. Carruth, & W. Mendenhall (Orgs.). *Co-dependency: Issues in treatment and recovery* (pp. 37-57). Binghamton: The Haworth Press Inc.
- Prest, L. A., Benson, M. J. & Protinsky, H. O. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family Process, 37*, 513-528.
- Reyome, N. D. (2010). Childhood emotional maltreatment and later intimate relationships: Themes from the empirical literature. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*, 224-242.
- Reyome, N. D. & Ward, K. S. (2007). Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse, 7*, 37-50.
- Reyome, N. D., Ward, K. S. & Witkiewitz, K. (2010). Psychosocial variables as mediators of

the relationship between childhood history of emotional maltreatment, codependency, and self-silencing. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 159-179.

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). (s.f.). *Lista completa de testes*. Acessado em: 26 de agosto de 2011 do world wide web: <<http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>>.

Springer, C. A., Britt, T. W. & Schlenker, B. R. (1998). Codependency: Clarifying the construct. *Journal of Mental Health Counseling*, 20, 141-158.

Stafford, L. L. (2001). Is codependency a meaningful concept? *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 273-286.

Whitfield, C. L. (1991). *Co-dependence: healing the human condition: the new paradigm for helping professionals and people in recovery*. Deerfield Beach, Fla: Health Communications, Inc.

Yearing, B. (2003). *Codependency: Its relationship to alcohol and family-of-origin dynamics*. Tesis Doctoral. US: Seton Hall U.

Recebido em dezembro de 2010
Reformulado em junho de 2011
Aceito em agosto de 2011

SOBRE LAS AUTORAS:

Rosanna Mazzarello Martins D'Angelo: Psicóloga y post-graduada en Gerencia de RR.HH. por la *Universidade Federal de São João del-Rei*, en Psicopatología y Psicodiagnóstico Infante-Juvenil por la *Universidade Federal de Minas Gerais*. Posee Máster en Psicología Social y es Doctoranda en la Universidad de Barcelona. Investiga sobre codependencia y su influencia en las conductas de riesgo psicosocial en los adolescentes brasileños.

Maria Concepción Menéndez Montañés: Licenciada y Doctora en Psicología, Postgraduada en Ergonomía y Especialista en Psicomotricidad y Psicogerontología. Profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Interviene en diferentes cursos de postgrado en las áreas de Desarrollo Personal, Formación, Prevención de riesgos y Calidad de Vida.

Juana Gómez-Benito: Juana Gómez Benito: Catedrática de Psicometría en la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Imparte asignaturas relacionadas con este contenido en grado y posgrado, y en los ámbitos clínico y social. Investiga la calidad métrica de los testes y la invariancia de la medida en contextos transculturales, temas en los que ha publicado una centena de artículos.

Yamila Fernanda Silva Peralta: Doctoranda en la Universidad de Barcelona, Máster Erasmus Mundus en Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos. Durante los últimos 5 años investiga sobre estrés laboral, liderazgo y trabajo de equipo en el sector sanitario y educativo. Posee experiencia profesional en consultoría de procesos organizacionales, selección de personal y capacitación.

Agradecimiento especial al apoyo recibido por la Prof^a Dra Wilma Maria Guimarães Lopes de la PUC Minas y de la Universidade FUMEC en Belo Horizonte.