

Propiedades Psicométricas de la Escala Argentina de Codependencia en una Población Colombiana

Psychometric Properties of the Argentine Codependency Scale in a Colombian Population

Liliana Bernal Vargas¹, Ruth Ángela Gómez Scarpetta², Karen Rosana Córdoba Perozo³ y Paula Ariadna Corzo Pérez⁴

Resumen

El objetivo fue realizar validación psicométrica de la Escala de Codependencia Argentina en una población colombiana; escala diseñada por Biscarra et al. a partir de la teoría de Dear et al. incluyendo componentes teóricos que han adicionado otros autores. Método: Se realizó revisión del lenguaje de la escala original, por un experto y dos grupos focales de población general. Se empleó un modelo de análisis factorial confirmatorio para encontrar evidencias de confiabilidad y validez de estructura interna. Se realizó ajuste de un modelo de teoría de respuesta al ítem para facilitar la interpretación de los resultados de la escala. Resultados: Se logró una escala válida y confiable para el caso colombiano, con parámetros de ajuste apropiados en los modelos confirmatorios, buen poder discriminante y correlación significativa; adicionalmente se crearon tres niveles de codependencia; evidenciando así su utilidad en estudios de diagnóstico o seguimiento de intervención psicoterapéutica en codependencia.

Palabras-clave: codependencia psicológica, comportamiento, dependencia emocional, pruebas psicológicas, psicometría

Abstract

Objective: To carry out psychometric validation of the argentine codependency scale including the theoretical components that other authors have added. Methods: A review of the language of the original scale was carried out by an expert and two focus groups of the general population. A confirmatory factor analysis model was used to find evidence of reliability and validity of internal structure. An item response theory model was adjusted to facilitate the interpretation of the scale results. Results: A valid and reliable scale was achieved for the colombian case, with appropriate adjustment parameters in the confirmatory models, good discriminant power and significant correlation. Additionally three levels of codependency were created, thus evidencing it's usefulness in diagnostic studies and in monitoring psychotherapeutic intervention in codependency.

Keywords: codependency, psychological behavior, psychological tests, psychometrics

¹Psicóloga Mgs. en Psicología clínica. Profesora Programa de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Campus Villavicencio; Carrera 50c # 12 a – 31 Villavicencio. Tel.: +57 3103495940. Correo: liliana.bernal@campusucc.edu.co. (Autora de correspondencia)

²Mgs. en epidemiología. Profesora investigadora programa de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, campus Villavicencio, Carrera 48 # 44-145 Villavicencio; Tel.: +57 3114625599, Correo: Ruth.gomez@campusucc.edu.co.

³Mgs. En estadística. Estadística del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia, Dirección postal: Carrera 69D #1-51Sur, Bogotá; Tel.: +57 3112693437, Correo: Krcordobap@unal.edu.co

⁴Médica Psiquiatra, doctora en bioética. Profesora investigadora programa de medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, Campus Villavicencio; Carrera 28 #47bisA-36 edificio llano 2001 apartamento 401 barrio caudal_ Villavicencio; Tel.: +57 3105870160; Correo: paula.corzop@campusucc.edu.co

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°79 · Vol.1 · 89-106 · 2026

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

Introducción

El constructo de codependencia, identificado en principio como un trastorno emocional desadaptativo, caracterizado por una obsesiva dependencia a una persona o a una relación, que en los inicios fue estudiado en familiares de personas dependientes del alcohol, asociado al afrontamiento de las situaciones estresantes en la convivencia con un familiar dependiente (Mansilla 2002; Wegscheider-Cruise, 1982) ha evolucionado con el tiempo, pasando a ser incluido como un trastorno de personalidad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales—III R (Cermak, 1986). Actualmente, la codependencia es considerada como nociva y un obstáculo para el bienestar personal, debido a que se antepone al bienestar de otra persona (Salcedo & Rivera, 2020), disfrazándose la intención de ayudar al otro como una actitud altruista que realmente afecta a quien la padece (Bacon et al., 2020).

La codependencia emocional es una alteración en la salud mental que requiere de atención similar a la de una persona que depende de alguna sustancia psicoactiva; donde de los programas de tratamiento depende el manejo de esta alteración (Muñoz et al., 2024) y que afectan la salud mental especialmente a las mujeres (Noriega & Ramos 2002). En dicha conducta desadaptativa, la relación afectiva dependiente se equilibra con la necesidad de afecto, que se origina en ocasiones en mitos de la función de la familia desde una perspectiva social, donde las expectativas erróneas guían las relaciones familiares (López & Moral 2020; Armeria & Galán 2023). Otros estudios también han evidenciado que dicho trastorno puede presentarse no solo en las familias de personas dependientes de alcohol o sustancias químicas, encontrándose también en familiares que conviven con personas que padecen enfermedades crónicas y/o discapacidades físicas o mentales que las vuelven dependientes de un cuidador permanente (Martínez 2020).

También, se ha definido como un problema interrelacional asociado a diferentes factores etiológicos, causados por circunstancias estresantes recurrentes durante la infancia o la edad adulta, en donde también influyen factores culturales que promueven la desigualdad de poder entre géneros (Noriega et al., 2008; Armeria &

Galán 2023), por lo que se considera que este trastorno podría estar presente también en población general, en quienes no conviven con personas dependientes de sustancias o con enfermedades incapacitantes (Tonathiu & Rivera, 2019).

La codependencia tiene efectos negativos en la salud mental y física de quienes la padecen; se considera como causa frecuente de estados de insatisfacción y sufrimiento personal, dado a que las personas afectadas por él se enfocan en atender las necesidades de su pareja o de otras personas, dejando de lado las suyas (Noriega, 2013); también se considera que al compartir con la dependencia emocional, patrones de apegos disfuncionales, caracterizados por una baja autoestima, miedo intenso al abandono y necesidad de validación externa (Mikulincer & Shaver 2012), aumenta concomitantemente el riesgo de conflictos interpersonales enmarcados en las amenazas y agresiones (Bell et al., 2020). Otras investigaciones, como la de Rosas-Muñoz et al. (2022), muestran que la dependencia emocional se asocia no solamente con violencia en las relaciones afectivas, sino también con baja autoestima y ansiedad, lo que además puede propiciar la presencia de codependencia emocional (Marín-Ocmin, 2019; Rocha et al., 2019; Villa-Moral et al., 2018).

La prevalencia de codependencia en investigaciones como la de Valle y Moral (2018) alcanza cifras del 23,3% en personas jóvenes y adultas, y según otros estudios puede variar entre el 25% en población general y el 60% en personas que conviven con individuos dependientes de sustancias o enfermedades incapacitantes (Noriega et al., 2008; Bortolon et al., 2016).

Lo anterior conlleva a una creciente demanda de atención de este fenómeno en los servicios de salud mental, requiriendo el desarrollo de instrumentos que permitan la identificación y caracterización de esta situación, como primer paso en el abordaje para el tratamiento de las causas y consecuencias en la salud de los afectados para fortalecer el proceso de intervención de este fenómeno; teniendo en cuenta que los programas de atención, a pesar de ser necesarios, son muy limitados (Flórez et al., 2020).

En vista de lo anterior se han diseñado algunos instrumentos, que al igual que el constructo de

codependencia, han venido evolucionando y adaptándose a los diferentes contextos poblacionales en los que se evidencia este trastorno; así, se encuentran en la literatura reportes del diseño y validación de los primeros instrumentos desarrollados para la medición de este evento tanto en poblaciones típicamente codependientes como en población general, tales como la escala Spann-Fischer Codependency Scale (Fischer et al., 1991) y la escala Codependency Assessment Questionnaire (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989).

Estas escalas poseen propiedades psicométricas apropiadas; la primera mide cuatro dimensiones: enfoque en los demás, acciones orientadas al cuidado, escasa expresión emocional y sentido del propósito basado en otras personas. La segunda, por su parte, evalúa las repercusiones emocionales de la codependencia a través de ocho factores: confusión, temor, culpa, desesperación, ira, negación, rigidez y una identidad personal poco desarrollada.

Posteriormente, se han desarrollado otros instrumentos adaptados a las variaciones hechas al constructo de codependencia dentro de los cuales se encuentran:

El Holyoake Codependency Index (Dear & Roberts, 2002) que evalúa tres dimensiones (autosacrificio, foco externo de atención y reactividad) y la escala compuesta de codependencia (CCS, por sus siglas en inglés) (Marks et al., 2012), las cuales buscaron evaluar las cuatro características centrales de la codependencia propuestas por Dear et al. (2005). Foco externo de atención (con la consecuente identidad deteriorada), sacrificio personal, control de los demás y supresión o falta de conciencia de las emociones propias. Dichas escalas, aunque demuestran buenas propiedades psicométricas no logran representar la dimensión de supresión emocional; sugiriendo que dicha limitación puede deberse a las variaciones en los contextos culturales y geográficos, tipos de población y momentos de medición. Estos hallazgos se evidencian también en el estudio de validación de la misma escala realizados en población turca, (Ulusoy & Güçray, 2017).

Basados en las tres características arriba mencionadas; en Latinoamérica también se han diseñado y validado escalas para codependencia,

como lo son el instrumento de codependencia (ICOD) (Noriega & Ramos, 2002), con cuatro dimensiones: mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora; la escala de Codependencia global (Zarco, 2005), con siete factores: control interpersonal, daño relacional, autosacrificio, orientación salvadora, dependencia emocional, foco externo de atención y desgaste; un instrumento validado en Colombia, basado en tres categorías: “Focalización en el otro / Negligencia de sí mismo; No Afrontamiento; y Sobre-Control” incluyendo autoestima, control conductual, control emocional, focalización en el otro, necesidad de ayuda auto negligente, no afrontamiento y codependencia (Pérez & Delgado, 2003); la escala de codependencia en el noviazgo para jóvenes (Tonathiu & Rivera, 2019) y el instrumento desarrollado por Biscarra et al., (2013) denominado Escala Argentina de Codependencia (EAC), construida a partir de varias escalas validadas en países latinoamericanos como México (Noriega & Ramos, 2002) y la ya mencionada para Colombia, así como la escala de Spann Fischer ([ECD-SF] Fischer et al. (1991), Martins et al. (2011).

En las escalas existentes dejan por fuera otras características que se sumarían a las características de la codependencia, tales como híperresponsabilidad, problemas en la familia de origen, perfeccionismo, rigidez, complacencia, negación, desconfianza y problemas de salud, que se incluyeron en la EAC, proponiéndose como un nuevo instrumento para evaluar la codependencia; dado sus parámetros de la validez de constructo ajustados a las definiciones teóricas del fenómeno y su buen desempeño psicométrico (Biscarra et al, 2013).

La EAC se ha diseñado desde el constructo teórico de codependencia definido como un fenómeno resultado del aprendizaje de vínculos familiares disfuncionales en los que predominan “la dependencia emocional, extrema focalización en el otro y auto negligencia, necesidad compulsiva de ayudar al otro, necesidad de controlar la conducta del otro, baja autoestima, escasa autonomía personal, represión emocional y autonegación, actitud complaciente, búsqueda de aprobación en los demás, dificultad para poner límites, hiper responsabilidad, perfeccionismo, preocupación constante, dificultad para confiar en

los demás, actitudes rígidas, locus de control externo, tendencia a presentar enfermedades psicosomáticas y depresión” (Fischer et al., 1991; Friel, 1985; Izquierdo, 2002; Martins D'Angelo & Menendez Montañez, 2011; Noriega Gayol & Ramos Lira, 2002; Pérez Gómez & Delgado Delgado, 2003). (Citado por Biscarra et al., 2013).

Dicha escala contiene un total de 26 ítems, sus autores presentan indicadores de un buen desempeño psicométrico; dentro de los que se destacan un índice de Cronbach de 0.91, con adecuados valores de fiabilidad en sus tres subescalas, con pruebas estadísticas que evidencian un buen nivel discriminatorio de la escala, que le permiten diferenciar individuos con y sin codependencia a través de las diferencias estadísticamente significativas ($p > .001$) de los puntajes alcanzados por diferentes grupos de familiares de personas dependientes de SPA y de pacientes que tenían enfermedades crónicas incapacitantes, comparados con individuos que no tenían ninguna relación con este tipo de pacientes. (Biscarra et al. 2013).

Por lo anterior y teniendo en cuenta las ventajas y limitaciones de los instrumentos expuestos, surge la necesidad de validar para la población colombiana una escala cuyos antecedentes hayan evidenciado propiedades psicométricas adecuadas, sumado a un buen desempeño en la evaluación de las dimensiones teóricas del constructo de codependencia; en consecuencia este estudio selecciono validar las propiedades psicométricas de la estructura original de la Escala de Codependencia Argentina (EAC) de Biscarra et al. (2013), sin incluir nuevos componentes teóricos, proponiendo además unas categorías de niveles de codependencia que faciliten la interpretación de los resultados en diferentes tipos de poblaciones.

Método

Inicialmente se realizó revisión del lenguaje de la escala original, por un experto y dos grupos focales de 5 integrantes cada uno, provenientes de población general; quienes evaluaron la claridad y neutralidad del lenguaje, así como el uso de terminología excesivamente técnica, posibles sesgos de redacción o interpretación de las preguntas, sin encontrar necesidad de realizar adaptación cultural para la aplicación en la EAC

en los participantes del presente estudio. y posteriormente se procedió a la validación psicométrica de la escala.

Validación Psicométrica

Caracterización de los participantes: Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia, con el objetivo de identificar individuos que cumplieran con las características necesarias para el estudio. De acuerdo con Muñiz (2010), un tamaño de muestra apropiado para la aplicación de metodologías asociadas a la teoría clásica de las pruebas se encuentra entre 200 y 500 individuos aproximadamente.

Teniendo en cuenta lo anterior, en total se incluyeron 620 personas en este estudio. El 72% ($n=445$) corresponden al género femenino y el 27% ($n=167$) masculino y 1% ($n=5$) a otro (cisgénero, transgénero, no binario, género no conforme, etc); en cuanto a las edades se entrevistaron personas entre los 17 y 85 años, con un promedio de edad de 43 años y una desviación estándar de 15 años, diferenciados en dos subgrupos; grupo 1: conformado por 310 personas que tenían vínculo afectivo cercano con una persona dependiente, es decir con un alcoholico o consumidor de sustancias psicoactivas o enfermedad crónica incapacitante (discapacidad cognitiva y/o física) los cuales fueron emparejados por rango de edad, género y nivel educativo con el grupo 2: de 310 personas que no tenían vínculo alguno con personas dependientes. En el grupo 1, Frente al tipo de dependencia del familiar el 27% (84 individuos) vinculados a personas alcohólicas, 32% (99 individuos) a personas con enfermedad crónica incapacitante y 41% (127 individuos) vinculados a personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Instrumentos

Se evaluaron las variables sociodemográficas, tipo y grado de parentesco con persona que padecía de trastorno por uso sustancias o enfermedad crónica incapacitante. Para evaluar el constructo de Codependencia se utilizó la Escala Argentina de Codependencia (EAC) diseñada y validada por Biscarra et al., (2013), para la población argentina; construida basándose en la Escala de Codependencia de Spann-Fischer (ECD-SF) y en una selección de ítems de diversas pruebas de codependencia.

Tabla 1. Resumen de las dimensiones del instrumento (EAC)

Dimensión/ definición	Ítems representativos
Escasa autoconfianza: tendencia a buscar una definición personal a través de otros (Noriega & Ramos; 2002)	(2) Me culpo o critico mucho; (5) A veces no sé realmente como me siento
Focalización en el otro: tendencia a responsabilizarse por lo que le ocurre a los demás y ocuparse más de los otros que de uno mismo (Noriega Gayol et al. 2008)	(1) Intento convencer a los demás sobre lo que deberían pensar y sobre cómo se sienten verdaderamente; (3) Me siento forzado a ayudar a otras personas a resolver sus problemas (por ej. ofreciéndoles consejos)
Actitud complaciente: hace referencia a una incapacidad o dificultad para reconocer o expresar sentimientos o emociones, para pedir ayuda y/o para poner límites; a veces por temor a una reacción negativa del otro, y otras veces para evitar dar una imagen de debilidad ante la gente (Pérez & Delgado; 2003)	(4) Dejo de lado mis propios valores e integridad para evitar el rechazo o enojo de los demás; (11) Cuando alguien lastima mis sentimientos o hace algo que no me agrada me resulta un poco difícil decírselo

La EAC es un instrumento de 26 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos y tres dimensiones: Escasa autoconfianza (12 ítems), Focalización en el otro (8 ítems) y Actitud complaciente (6 ítems) (Tabla 1). El puntaje total de la escala se obtiene con la sumatoria de las tres dimensiones. Para calcular el puntaje de cada dimensión, se deben sumar los ítems de cada una de ellas.

Procedimiento para la recolección de la información

Se solicitó la participación voluntaria mediante el consentimiento informado de los participantes. Se contó con el aval del comité de bioética institucional de la Universidad Cooperativa de Colombia para el desarrollo del estudio. Se diseñó un cuestionario en línea, estructurado que contenía los instrumentos e ítems descritos en el apartado anterior. Éste se entregó vía WhatsApp a los sujetos para que lo completaran de forma autoadministrada. Se accedió a los participantes del grupo 1 (vinculados a dependientes) a través de grupos de autoayuda para familiares de personas con trastorno por uso de alcohol, de una institución de atención de adicciones, y familiares de pacientes con discapacidades físicas o cognitivas de un centro hospitalario de la ciudad de Villavicencio-Colombia. Los participantes del grupo 2 (no vinculados a dependientes) fueron detectados a partir de un tamizaje de población general contactada en las vías públicas de la misma ciudad. Se excluyeron a los participantes que tenían alguna limitación cognitiva que les impidiera responder las preguntas del cuestionario.

La confidencialidad de los datos se garantizó mediante la anonimización de los datos personales

de los participantes en la base de datos del estudio, y además se utilizó control de acceso a la información solo para los investigadores autorizados quienes a su vez firmaron acuerdos de confidencialidad.

Procedimiento de análisis de datos

Con el objetivo de encontrar evidencias de confiabilidad y validez del constructo, así como normas para la interpretación de los resultados de la EAC; se procedió al análisis de la confiabilidad de la escala y subescalas usando el criterio de Alfa de Cronbach, evidenciando que los valores fueran mayores a 0.7 debido a que por debajo de este valor la consistencia interna de la escala sería baja (Streiner DL, 2003).

Asimismo, se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), para el cual, primero se analizaron las correlaciones biserials de los ítems con el objetivo de identificar si alguno tenía una correlación baja con la escala, (valor de referencia $>.45$). En segundo lugar se hizo un análisis de la dimensionalidad de la encuesta, determinando el número de factores mediante la metodología de análisis paralelo debido a que esta metodología reduce la sobreestimación del número de factores al considerar la variabilidad de los datos (Horn, J. L., 1965), y finalmente se ajustó un AFE usando el método de extracción de ejes principales y una rotación Varimax, para identificar ítems que tuvieran cargas factoriales en más de un factor, permitiendo así detectar posibles discrepancias con la escala original argentina y proporcionando información adicional para la escala colombiana. Adicionalmente, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio siguiendo la estructura establecida

para el cuestionario por Biscarra et al. (2013) con el objetivo de verificar si la estructura propuesta se ajusta a los datos del caso colombiano. En particular, se ajustaron 2 modelos: (1) que contempla las 3 subescalas de manera independiente, es decir, sin correlaciones entre los factores y (2) que contempla algún tipo de correlación entre los factores. La comparación entre estos modelos permite no solo evaluar la validez del modelo original, sino también explorar posibles mejoras en el ajuste a los datos empíricos, lo que aporta evidencia sobre la coherencia estructural del instrumento en el contexto colombiano. Este procedimiento sigue las recomendaciones metodológicas habituales en estudios de validación de instrumentos psicométricos (Kline, 2016).

Para comparar los dos ajustes de los modelos se evaluó: el SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) el cual es el promedio de los residuales estandarizados entre los elementos de la matriz de covarianza y los de la matriz de covarianza implícita en el modelo (Jöreskog & Sörbom, 1988) y el RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation) el cual es una medida de ajuste entre la matriz de covarianza real y el modelo implicado en la matriz de covarianza ajustada a la complejidad del modelo (Browne & Cudeck, 1993). Valores por debajo de .08 y .06 indican un ajuste del modelo aceptable para SRMR y RMSEA, respectivamente (Hu & Bentler, 1998).

Además, el CFI (Comparative Fitted Index) y TLI (Tucker-Lewis Index) son considerados índices de ajuste incremental (Hu & Bentler, 1995) y se derivan de las comparaciones entre el modelo hipotetizado y el de la independencia. Hu y Bentler (1999) y Browne y Cudeck (1989) sugirieron como índices de un ajuste adecuado del modelo, valores de CFI y TLI mayores de .95. Sin embargo, Byrne et al. (1995) consideraron valores mayores a .90 como indicadores razonables de ajuste aceptable del modelo.

Adicional a lo anterior y con el fin de mejorar el ajuste del modelo propuesto se realizaron reestimaciones, incorporando covarianzas entre residuos, usando el test de Lagrange, verificando la mejoría de los índices de bondad de ajuste posterior a su incorporación (Kline, 2023; Hoyle, 2023).

Si bien es recomendable realizar el AFE y el AFC en diferentes muestras para evitar sesgos en

la validación del modelo, en este estudio se decidió aplicarlos en la misma debido al tamaño de la muestra disponible y a la necesidad de explorar la estructura factorial en la población colombiana.

En cuanto al análisis de los resultados se realizó un análisis discriminante entre los grupos 1 y 2, así como por género, para evidenciar diferencias entre las puntuaciones promedio de estos grupos. Para lo cual se usaron pruebas estadísticas de Dunnett (Dunnett, 1955) comparando las medias de los puntajes obtenidos por cada uno de los 4 subgrupo de participantes: los que no tenían ningún vínculo con alguien dependiente, aquellos que lo tenían con una persona con enfermedad crónica incapacitante, los que tenían vínculo con una persona con consumo de sustancias psicoactivas y aquellos que lo tenían con una persona alcohólica la. La elección de la prueba de Dunnett se basa en que esta representa una de las alternativas más adecuadas para realizar comparaciones múltiples sin inflar el error tipo I dado que se enfoca exclusivamente en contrastar cada tratamiento con el control, adicionalmente, se utilizó la prueba t de diferencia de medias, para evaluar las diferencias entre el grupo de las personas con vínculo afectivo con alcohólicos y los otros dos grupos de participantes vinculados a personas con enfermedades crónicas incapacitantes o a las consumidoras sustancias psicoactivas, ambas pruebas se evaluaron con una significancia del $p < 0.05$. Se analizó la correlación entre las puntuaciones de las 3 subescalas usando el coeficiente de correlación de Pearson.

Para la identificación de los niveles de codependencia, se empleó la siguiente metodología: (1) se ajustó un modelo de teoría de respuesta al ítem de tipo GRM (Response Graded Model) (Samejima, 2011). debido a la naturaleza de los ítems, dado que los ítems tenían 5 opciones de respuesta el modelo GRM estima 4 umbrales, (2) De acuerdo a los umbrales estimados con el modelo se obtuvieron los puntos de corte promedio por cada una de las categorías de interés, tomando la categoría 1 como el punto de corte más bajo, el promedio de las categorías 2 y 3 como el punto de corte del nivel medio y el promedio de las categorías del umbral 4 como el punto de corte del nivel alto, (3) de acuerdo a esos puntos de corte se establecieron los 3 grupos de niveles de codependencia y (4) se realizó un ajuste de un

árbol de decisión (Hastie et al. 2009) para identificar los ítems pertenecientes a cada uno de los niveles de codependencia propuestos en (3) con el objetivo de caracterizar los niveles de codependencia cualitativamente.

La decisión de combinar estas dos metodologías responde a la necesidad de proporcionar una evaluación integral y detallada del constructo medido. Mientras que los puntos de corte permiten clasificar a los individuos en función de sus puntuaciones en la escala, el árbol de decisiones por ítem ofrece un análisis más detallado de patrones específicos de respuesta, permitiendo identificar subgrupos o perfiles dentro de la muestra. Para el análisis de los datos se utilizó el software R (R Core Team, 2023).

Resultados

En los resultados de la revisión del lenguaje de la escala original, realizada por un experto y dos grupos focales de población general, no se encontraron criterios que indicaran la necesidad de hacer adaptación cultural de ésta. Dado que no se identificaron sesgos de redacción o interpretación de las preguntas, considerando que se usan un lenguaje claro y que no influyó en las respuestas.

Estimaciones de validez y confiabilidad del instrumento

La estimación de la confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, arrojó un valor de .94 para la escala total, y valores de .89 para la subescala de escasa autoconfianza, .81 en la de actitud complaciente y .80 en la de focalización en el outro encontrándose los valores para las subescalas, entre los umbrales esperados.

Al realizar el ejercicio de eliminación de ítems para ver su aporte a cada subescala se notó que en todos los casos se disminuye el valor de la confiabilidad total; por lo tanto, se concluyó que todos los ítems debían mantenerse en la escala. Adicionalmente, el análisis de las correlaciones arrojó que estas oscilan entre .47 y .75, siendo valores altos y que reafirman que la escala y subescalas tienen buen comportamiento. (Tabla 2)

La Tabla 2 presenta la correlación biserial del total del ítem con la escala, así como la correlación al eliminarlo; en este caso, se observa

que en el 100% de los ítems se disminuye la correlación; por lo tanto, el aporte que todos generan a la escala es significativo.

En cuanto al ajuste del AFC, ambos modelos muestran un ajuste aceptable, aunque el Modelo 2 presenta una mejora sistemática en todos los indicadores. El RMSEA disminuye de .07 a .06, acercándose al umbral recomendado de .06 o menor, mientras que el SRMR se mantiene constante en .05, valor que indica un buen ajuste. Por su parte, los índices incrementales CFI y TLI aumentan de .87 y .86 en el Modelo 1, a .89 y .88 en el Modelo 2, respectivamente, lo que sugiere una mejora en la capacidad explicativa del modelo. Aunque los valores de CFI y TLI no alcanzan el umbral convencional de .90, los resultados del Modelo 2 se consideran satisfactorios dentro de un enfoque que privilegia la parsimonia teórica y empírica del modelo.

Aunque los valores obtenidos para los índices de ajuste incremental (CFI=.89; TLI=.88) se encuentran levemente por debajo del umbral convencional de .90, se optó por conservar la especificación original del modelo dada su sólida fundamentación teórica. Si bien los índices de modificación sugieren ciertas correlaciones residuales y posibles cargas cruzadas, estas no presentan una justificación conceptual clara, ni coherencia con el contenido de los ítems, por lo que no se consideró apropiado incorporarlas.

Adicionalmente, otros indicadores de ajuste, como el RMSEA y el SRMR, se ubicaron dentro de rangos aceptables (por ejemplo, RMSEA<.08 y SRMR<.08), lo que respalda la adecuación global del modelo. En este sentido, se privilegió la parsimonia, la coherencia teórica y la validez estructural del instrumento, evitando ajustes empíricos que podrían comprometer su validez externa o generar sobreajuste a los datos de la muestra actual.

Lo anterior indica que la estructura factorial del instrumento en la muestra colombiana sigue un patrón similar al reportado en Argentina, aunque con ligeras variaciones en la relación entre los ítems y los factores. La estabilidad relativa del modelo sugiere que la estructura original es replicable.

En general, no se encuentran cambios sustanciales en los valores de las estadísticas de ajuste entre los dos modelos, por lo tanto, para no

Tabla 2. Coeficientes de correlación biserial por ítem

Ítem	Correlación Total	Correlación Eliminando	Diferencia	Ítem	Correlación Total	Correlación Eliminando	Diferencia
Ítem 1	.47	.45	-.02	Ítem 14	.75	.72	-.02
Ítem 2	.61	.59	-.02	Ítem 15	.62	.60	-.02
Ítem 3	.48	.46	-.02	Ítem 16	.60	.58	-.02
Ítem 4	.63	.61	-.02	Ítem 17	.60	.58	-.02
Ítem 5	.63	.61	-.02	Ítem 18	.64	.62	-.02
Ítem 6	.64	.63	-.02	Ítem 19	.67	.65	-.02
Ítem 7	.68	.66	-.02	Ítem 20	.62	.60	-.02
Ítem 8	.56	.54	-.02	Ítem 21	.57	.55	-.02
Ítem 9	.64	.62	-.02	Ítem 22	.63	.61	-.02
Ítem 10	.59	.56	-.02	Ítem 23	.54	.52	-.02
Ítem 11	.62	.60	-.02	Ítem 24	.58	.56	-.02
Ítem 12	.69	.67	-.02	Ítem 25	.62	.60	-.02
Ítem 13	.66	.63	-.03	Ítem 26	.69	.67	-.02

Fuente. las autoras

complejizar la estructura se decidió hacer uso de la estructura del modelo (1) en la medida que sus estadísticas son cercanas a los valores de referencia de un buen ajuste, y que su interpretabilidad es más sencilla en cuanto no presenta correlación entre los ítems de las subescalas.

En la Figura 1 se presenta el resultado de la estructura del modelo seleccionado, observándose las agrupaciones de los ítems a cada una de las subescalas definidas, así como la relación de cada una de las subescalas con la variable latente de codependencia. Se observa que las cargas factoriales de cada una de las subescalas con la escala final es cercana a 1, esto significa que la escala de codependencia está bien representada por estas 3 subescalas, en orden de magnitud así: Escasa autoconfianza, Focalización en el otro y Actitud complaciente.

En cuanto a las relaciones de primer orden para la subescala de actitud complaciente se tienen valores de cargas factoriales superiores a .60 en todos los ítems, para la subescala de escasa autoconfianza 9 de los 12 ítems tienen cargas factoriales superiores a .60 y 3 ítems tienen una carga inferior pero en el rango de .50 a .60, eso significa que esta subescala también se encuentra bien representada, y en cuanto a la subescala de focalización en el otro 4 de 8 ítems tienen carga factorial superior a .60 y los otros 4 valores menores pero superiores al rango de .47.

Correlaciones entre subescalas: Las tres subescalas muestran asociaciones positivas y elevadas, lo que indica que, en general, a medida

que aumentan los puntajes en una subescala, también tienden a incrementarse en las otras dos. La correlación más baja se presenta entre las subescalas Actitud Complaciente y Focalización en el Otro ($r=.740$), aunque sigue considerándose fuerte. Por su parte, las correlaciones entre Focalización en el Otro y Escasa Autoconfianza ($r=.813$), y entre Escasa Autoconfianza y Actitud Complaciente ($r=.809$), también reflejan una alta interrelación entre las dimensiones evaluadas.

Análisis discriminante

Es importante identificar la capacidad de discriminación del instrumento. Esto es, la posibilidad de diferenciar entre los grupos: codependientes y no codependientes. Para lo anterior, se usó la prueba de Dunnett (Dunnett, C. W., 1955) comparando las medias de los puntajes de codependencia (COD_Media) obtenidos por cada uno de los 4 subgrupo de participantes: los que no tenían ningún vínculo con alguien dependiente (COD_Media=60, DESVIACION=17), aquellos que lo tenían con una persona con enfermedad crónica incapacitante (COD_Media=71, DESVIACION=18), los que tenían vínculo con una persona con consumo de sustancias psicoactivas (COD_Media=70, DESVIACION=17) y aquellos que lo tenían con una persona alcohólica (COD_Media=68, DESVIACION=19). (ver Tabla 3).

La prueba arrojó que existían diferencias significativas entre las puntuaciones de los 3 grupos, para las 3 subescalas analizadas. En el análisis se toma como grupo de referencia aquellos que no tenían ningún vínculo con una persona

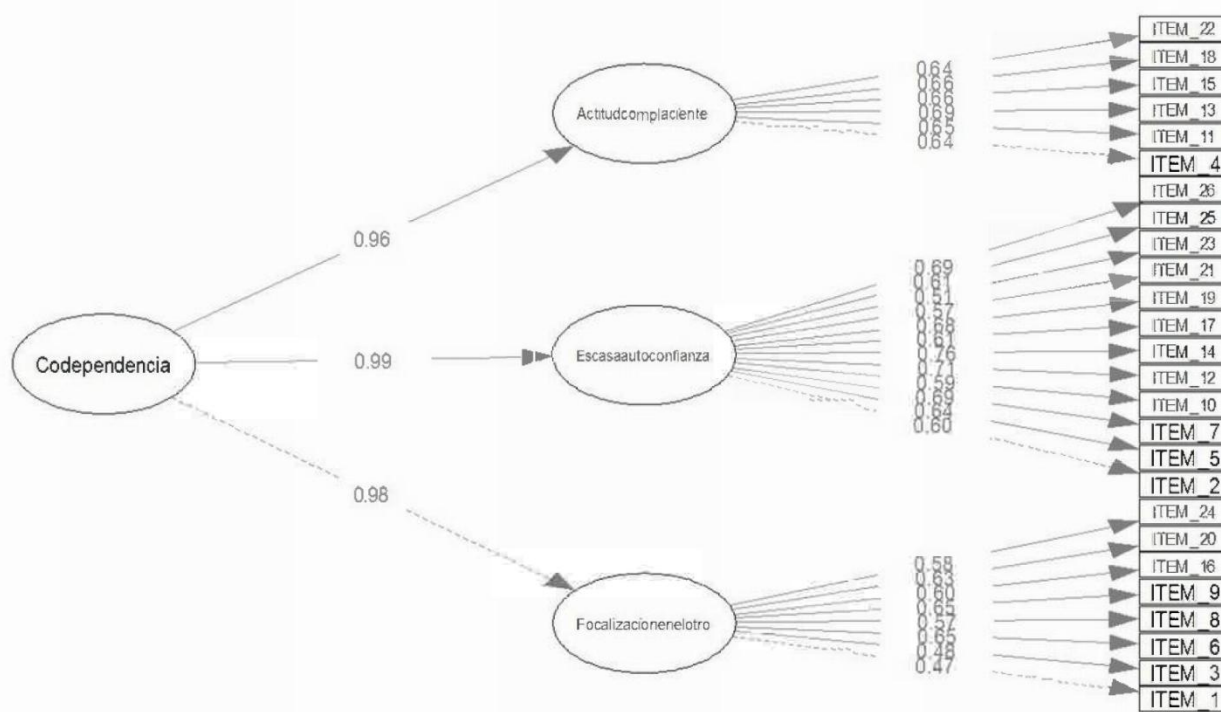


Figura 1. Estructura modelo 1 de análisis factorial confirmatorio

dependiente, por lo tanto, en la Tabla 3 se presentan las puntuaciones promedio y sus respectivas desviaciones en primera fila, y en segunda fila se muestran las diferencias en puntaje y los resultados de las pruebas de Dunnet con los p -valores asociados para cada una de las subescalas y de la escala total.

Dentro de las subescalas se observa que las diferencias promedio más grandes son de la subescala de escasa autoconfianza, en particular, para aquellas personas que tienen algún tipo de vínculo con pacientes de enfermedad crónica. Por otra parte, la escala de actitud complaciente es la que presenta menores diferencias promedio entre los que no tienen vínculos con dependientes y los que si, siendo aproximadamente de 2 puntos en la subescala. Para la escala total la mayor diferencia promedio se presenta entre las personas vinculadas con pacientes de enfermedad crónica incapacitante y aquellas que no tienen dicho vínculo; con aproximadamente 10 puntos de diferencia, seguido de aquellas que tienen vínculos con personas que consumen sustancias psicoactivas con un promedio de 9 puntos de diferencia, y, finalmente, se encuentran los vinculados con alcohólicos con 7 puntos promedio de diferencia. (ver Tabla 3)

Por otra parte, en la evaluación de las diferencias entre el grupo de las personas con vínculo afectivo con alcohólicos y los otros dos grupos de

participantes vinculados a personas con enfermedades crónicas incapacitantes o a las consumidoras sustancias psicoactivas, se encontró que los p -valores de todas las pruebas de diferencias medias para cada una de las subescalas son mayores a .1, es decir, que no hay diferencias significativas entre los puntajes de los grupos de personas con vínculos a personas dependientes. (ver Tabla 3)

Para explorar las diferencias en los puntajes de las subescalas de codependencia según el género y la condición de vinculación afectiva, se utilizaron diagramas de caja (boxplots). Esta visualización permite observar la distribución de las puntuaciones para cada subescala —Actitud Complaciente, Escasa Autoconfianza y Focalización en el Otro— desagregadas por género (Femenino, Masculino, LGTBI) y por la presencia o ausencia de un vínculo afectivo con una persona dependiente. Los boxplots permiten identificar patrones de centralidad, dispersión y presencia de valores atípicos dentro de cada grupo, facilitando la comparación visual entre subgrupos. La figura 2 muestra estas distribuciones. Se observa que en general los grupos de dependientes tienden a tener puntuaciones promedio mayores que las de los no dependientes. En cuanto al género no se presentan diferencias significativas en las puntuaciones dentro de cada uno de los subgrupos de con vínculo

Tabla 3. Resultados análisis discriminante

Subescala	Ninguno	Alcohol	Sustancias Psicoactivas	Enfermedad Crónica
Focalización en el otro	18.67 (5.4)	20.73 (6.1)	21.47 (5.33)	22.11 (5.42)
Escasa Autoconfianza	28.6 (8.94)	32.07 (9.1)	32.48 (7.77)	33.47 (9.11)
Actitud Complaciente	13.13 (4.31)	14.83(4.99)	15.67 (4.51)	15 (4.79)
Total	60 (17)	68 (19)	70 (17)	71 (18)
		7.24 **	9.22 ***	10.19 ***

Nota. * es significativo a .05, ** es significativo a .01 y *** es significativo a .001.

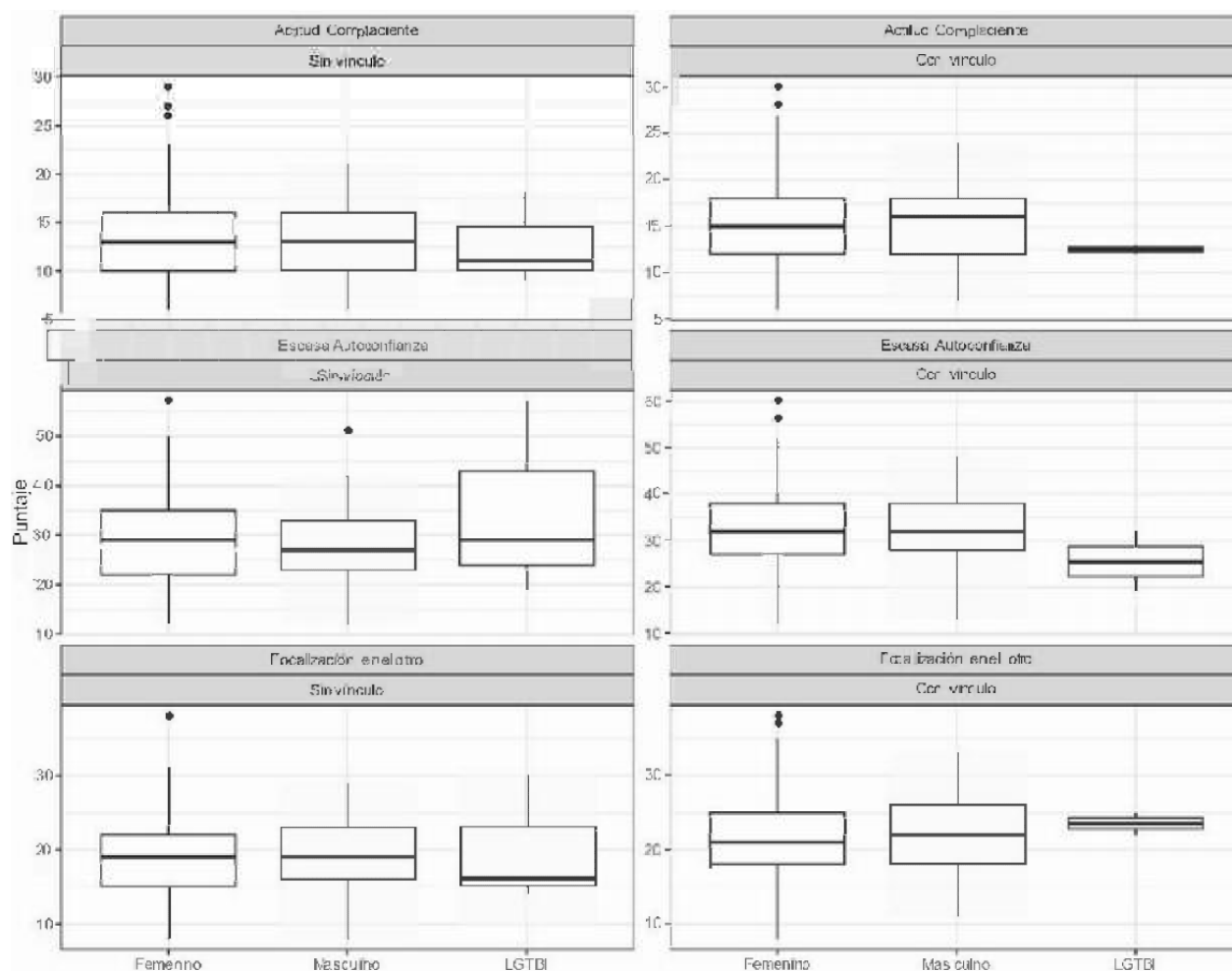


Figura 2. Distribución de puntajes por subescalas para grupo según vínculo con dependiente y género

y sin vínculo, aunque las personas de género femenino presentan mayor dispersión en la distribución de los puntajes.

Adicionalmente, se analizaron diferencias de género entre los puntajes de las tres subescalas únicamente para aquellos que tienen algún vínculo con personas dependientes; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los promedios $p > .1$ (Tabla 4).

Clasificación por niveles de codependencia

Los puntos de corte obtenidos de acuerdo con la metodología propuesta permiten clasificar los niveles de

codependencia en tres categorías: codependencia baja (puntaje menor o igual a 43), codependencia media (entre 44 y 84 puntos) y codependencia alta (puntaje mayor a 84).

La Figura 3 presenta las rutas establecidas por el árbol de decisión de acuerdo con los niveles. En este caso se representan las reglas de decisión y se indica a qué nivel de clasificación pertenece según la ruta establecida. En la figura 3 se presentan los siguientes datos: La clase predominante de dicho nodo, que en este caso es alguno de los tres niveles: bajo, medio o alto.

Tabla 4. Promedios de puntajes por género en personas vinculadas a dependientes

Subescala /Género	Femenino	Masculino	Otro
	21.26 *	22.04*	23.50*
Focalización en el otro	(DESV=5.76)	(DESV=5.10)	(DESV=2.12)
	32.92*	32.21 *	25.50*
Escasa Autoconfianza	(DESV=8.84)	(DESV=7.76)	(DESV=9.19)
	15.15*	15.52*	12.50*
Actitud Complaciente	(DESV=4.98)	(DESV=4.03)	(DESV=.71)
	69.33*	69.77*	61.50*
Total	(DESV=18.33)	(DESV=15.51)	(DESV=7.78)

* $p > .05$

Fuente: las Autoras

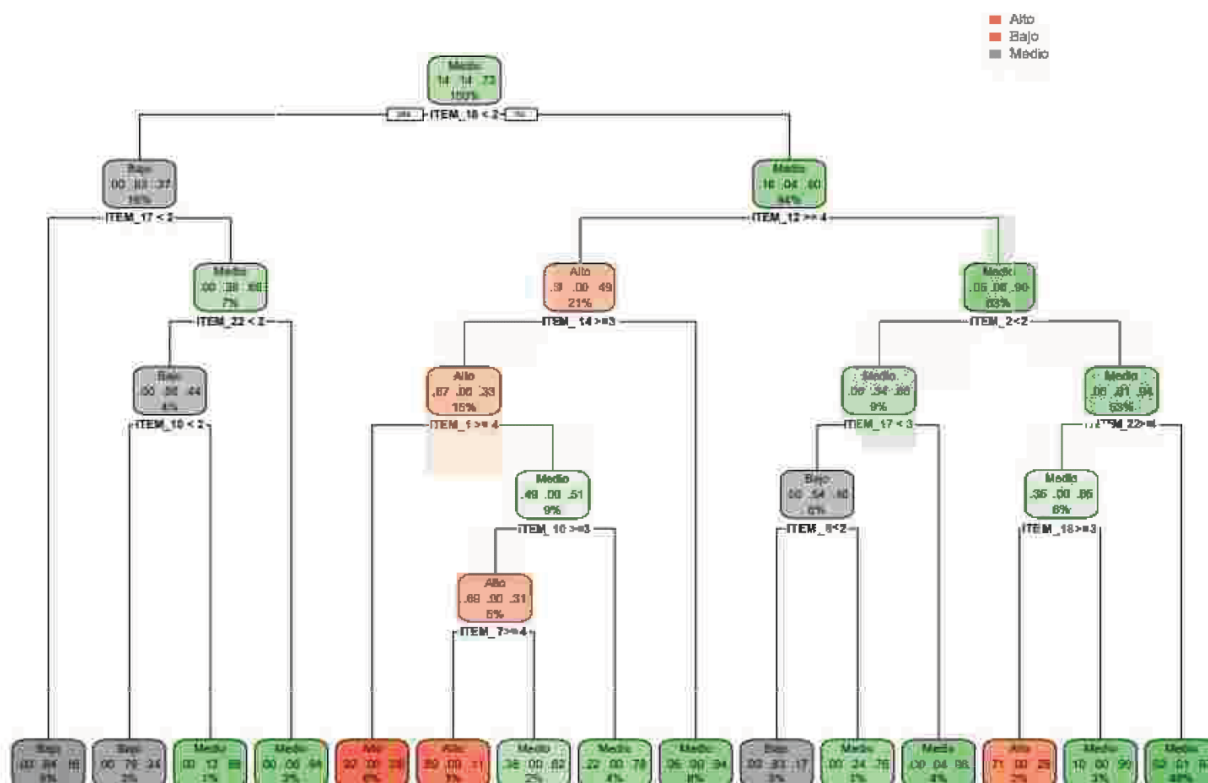


Figura 3. Árbol de decisión para niveles de codependencia

Los porcentajes de precisión de clasificación de cada uno de los tres niveles. El valor final representa el porcentaje de la población objeto de estudio que cumple con la regla establecida.

De acuerdo con la clasificación realizada para el árbol de decisión se presenta la descripción de los niveles de codependencia obtenidos de este análisis.

Codependencia baja: Es una persona que considera que las opiniones y sentimientos de los demás no son más importantes que las propias, y que además no tiene temor de expresarlo cuanto son diferentes a los de los otros; adicionalmente, manifiesta no sentirse cansado, ni agotado, ni enfermo, por lo cual siente que su salud general es mejor que la de sus familiares y amigos. Finalmente, consideran que la mayoría de las personas son capaces de cuidarse a sí mismas.

Codependencia media: Una persona con dependencia media se caracteriza porque expresa estar en desacuerdo con valorar las opiniones y sentimientos de los demás más que los propios, manifiesta sentirse cansado o agobiado y además le resulta difícil hablar con alguien con autoridad, incluso siente que su salud general es peor que la de sus familiares y amigos. Por otra parte, también se caracteriza porque no confía en sí mismo frente a situaciones nuevas, y también manifiesta culparse y criticarse mucho; sin embargo, considera que la mayoría de las otras personas son capaces de cuidarse a sí mismas.

Codependencia alta: Una persona con alta codependencia manifiesta que las opiniones y sentimientos de las demás personas son más importantes que sus propias opiniones o

sentimientos, y además tiene temor de expresarlos cuando sean diferentes a los de los demás. No confía en sí mismo frente a situaciones nuevas; por lo tanto, es una persona a la que le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer de su vida y que, en general, no intenta convencer a los demás sobre lo que deberían pensar y sobre cómo se sienten. Además, siente que su salud general es peor que la de sus familiares y amigos, y para ella es muy difícil tomar decisiones, y en general, le es difícil describir cómo se siente realmente, por lo que se preocupa demasiado por los problemas de los demás.

Discusión

El propósito principal de este estudio fue el análisis de las propiedades psicométricas de la EAC en una muestra de población colombiana, logrando como resultado una escala validada para personas colombianas con vínculos afectivos cercanos a personas dependientes (alcohólicos, consumidores de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas incapacitantes) y personas sin vínculos a dependientes. Además, se logró establecer tres niveles de codependencia que facilitan la interpretación de la escala.

En este estudio el EAC presentó un buen desempeño psicométrico, evidenciando valores, validez interna y fiabilidad muy similares a los encontrados por Biscarra et al. (2013). Así mismo el nivel discriminatorio entre los grupos de comparación mostró ser significativo, logrando diferenciar los puntajes de personas con y sin codependencia. Por otra parte, los resultados del análisis factorial del presente estudio mostraron ser consistentes en la estructura de los Ítems que conforman cada una de las tres subescalas propuestas por el instrumento validado en población argentina.

Teniendo en cuenta los resultados del CFI y TLI ligeramente inferiores al punto de corte convencional ($CFI > .90$) en este estudio se exploró la reestimación del modelo en el análisis factorial confirmatorio (Kline, 2023; Hoyle, 2023) encontrando que algunos índices de modificación (MI) arrojaron valores superiores a 25, lo que indica que ciertas relaciones no especificadas en el modelo podrían, en teoría, mejorar el ajuste si se incluyeran. Específicamente, se observó una

posible carga cruzada del ítem 5 en el factor de Actitud Complaciente ($MI=26.409$), y una correlación residual entre el ítem 2 y 3 ($MI=25.874$). Sin embargo, tras una revisión teórica y de contenido, se optó por no incorporar estas relaciones al modelo final.

La sugerencia de que el ítem 5 (“A veces no sé realmente cómo me siento”) cargue adicionalmente en el factor de Actitud Complaciente carece de respaldo conceptual, ya que dicho factor está orientado a comportamientos complacientes y adaptativos frente a los demás; lo cual no guarda relación directa con lo expresado en el ítem.

Respecto a la relación entre el ítem 2 (“Me culpo o critico mucho”) y el ítem 3 (“Me siento forzado a ayudar a otras personas a resolver sus problemas”), aunque ambos pueden involucrar malestar interpersonal, reflejan componentes teóricos distintos. Por tanto, no existe una base teórica que justifique una dependencia sistemática entre los errores de estos ítems.

En todos los casos, como se mencionó anteriormente, la decisión de no incluir estos parámetros responde a la necesidad de preservar la parsimonia del modelo y su validez estructural, evitando el riesgo de sobreajuste empírico. La inclusión de relaciones no justificadas conceptualmente puede comprometer la interpretabilidad del modelo y dificultar su replicación en otras muestras o contextos.

Las diferencias significativas en los promedios de los puntajes en la subescala de escasa autoconfianza y focalización en el otro, para los participantes vinculados con pacientes con enfermedades crónicas incapacitantes comparados con el grupo de no vinculados con dependientes, podrían ser explicadas por la necesidad del individuo de recuperar su confianza a través de su tarea altruista que lo lleva a sentir la necesidad inminente de salvar al otro, y en consecuencia a centrar su atención en el otro, focalizarse, (Gonzales & Magos-López, 2012). Por otra parte, dichas diferencias también podrían deberse en alguna medida al tipo de vínculo familiar y a los patrones de apego (Armeria y Galan 2023) que caracterizarían a las personas que conviven y cuidan a sus familiares con enfermedades crónicas incapacitantes.

En este estudio, las diferencias mayores en los puntajes promedio de la subescala de actitud

complacientes las presentaron las personas vinculadas con individuos consumidores de sustancias psicoactivas (SPA), lo que concuerda con los autores que proponen a este componente de la codependencia como un factor que tiende a facilitar el consumo de SPA en la persona dependiente a la que está vinculado el codependiente. En el sentido que el cuidador del adicto se vuelve su cómplice de tal manera que inconscientemente termina dejando todo para salvar al adicto, incluso abandonando su propio autocuidado y sus propias actividades, siendo arrastrado por el adicto a su mundo (Jiménez & Ruiz, 2010; Borges. et al., 2015).

Mientras que para Biscarra et al. (2013), el grupo de vinculados a consumidores de SPA tenía mayores promedios en el puntaje total de la EAC, en el caso colombiano se encontró que en el promedio del puntaje total hay mayor diferencia en los participantes vinculados a pacientes con enfermedades crónicas incapacitantes, en comparación con el grupo de participantes sin vínculos con personas dependientes. Esto se explica por la necesidad del cuidador de aferrarse al enfermo que se convierte en el fin de su vida, en algunos casos movido por sentimientos de culpa que necesitan resarcir, así como comportamientos vinculantes aprendidos en el entorno familiar (Reyome et al. 2010; Bermúdez, et al. 2021).

Por otra parte, la no diferencia en la comparación de los promedios de los puntajes de los tres subgrupos de participantes vinculados con personas dependientes, es consistente con la posible etiología de este trastorno, dada por una exposición permanente a un medio estresante a la que probablemente se someten estas personas a través de sus vínculos afectivos con el individuo dependiente (Morgan, 1991; Dear, 2005).

Tampoco se evidenciaron diferencias en los promedios de los puntajes de las subescalas de los vinculados a dependientes según su género, contrario a lo propuesto por otros autores que indican que las mujeres podrían presentar más altos puntajes de codependencia, debido a influencias sociales y culturales que determinan el rol de las mismas como cuidadoras (Noriega et al., 2008). Esto podría estar evidenciando una evolución en el rol de las mujeres en la sociedad actual (Kaplan, 2022).

Este estudio tiene como principal aporte la propuesta de tres niveles de codependencia (bajo,

medio y alto) que facilitaran la interpretación de los resultados de la aplicación de la escala en diferentes tipos de poblaciones para estudios futuros. Así mismo se corrobora la consistencia en la capacidad discriminante de la EAC en poblaciones más susceptibles a codependencia. Mostrando un incremento de las características de la codependencia desde el nivel de codependencia baja hasta el alta, que son coherentes con los modelos explicativos de la codependencia propuestos por varios autores. (Knappek & Kuritame, 2014).

En cuanto a las ventajas del presente estudio, se debe mencionar que el diseño de emparejamiento por edad, género y nivel educativo de los participantes de mayor probabilidad de tener niveles altos de codependencia, con personas de menores probabilidades; permitió controlar factores sociodemográficos influyentes en dichos niveles, aportando así evidencias a las limitaciones reportadas por otros autores (Tonathiu & Rivera, 2019).

Las limitaciones inherentes a tener en cuenta en la interpretación de los resultados son por una parte el tipo de muestra no probabilística, dadas las características que debían tener los participantes. Por otro lado, las limitaciones derivadas de la aplicación en línea del instrumento, dentro de las que se cuentan que los participantes pudieron estar expuestos a distracciones durante el llenado del cuestionario, afectando la calidad y precisión de sus respuestas y el autorreporte, con posibles, sesgos de deseabilidad social, de memoria e interferencia del estado emocional al momento de contestar las preguntas.

Se recomienda realizar estudios de correlación con otros instrumentos que evalúen codependencia para ver validez concurrente y validez incremental. Se debe tener en cuenta que se trató de un estudio transversal que impide ver la estabilidad de las puntuaciones en el tiempo, así como el seguimiento de la codependencia en la población estudiada.

Referencias

- Armeria, M. P., & Galan, J. S. (2023). Propiedades Psicométricas del Inventario de Pautas de Apego Percibidas durante la Infancia. *Revista Iberoamericana De Diagnóstico Y Evaluación - E Avaliação Psicológica*, 68(2), 83–96.
<https://www.aidep.org/sites/default/files/2023-05/RIDEP68-Art6.pdf>

- Bacon, I., McKay, E., Reynolds, F. & McIntyre, A. (2020). The lived experience of codependency: an interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(3), 754–771. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9983-8>
- Bell, K. M., Howard, L., & Cornelius, T. L. (2020). Emotion Dysregulation as a Moderator of the Association Between Relationship Dependency and Female-Perpetrated Dating Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), 2891–P2911. <https://doi.org/10.1177/0886260520945678>
- Bermúdez, O. I., García, M. M., & Aragón, R. S. (2021). Diseño y Validación de la Escala de Sensibilidad al Rechazo Amoroso (SRR). *Revista Iberoamericana De Diagnóstico Y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 3(60), 169–181.
- Biscarra, M. A., Brandariz, R. A., Lichtenberger, A., Peltzer, R., & Cremona, M. (2013). Construcción de una Escala de Codependencia. *Revista Argentina De Ciencias Del Comportamiento*, 5(1), 42–51. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v5.n1.5159>
- Borges Bortolon, C., Signor, L., De Campos Moreira, T., Figueiró, L. R., Benchaya, M. C., Machado, C. A., Ferigolo, M., Maria, H., & Barros, T. (2015). *Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users*. 21, 101–107. <https://www.scielo.br/j/csc/a/sC9jzyLLMngx5vJfzrKVMFP/?lang=en>
- Bortolon, C. B., Signor, L., Moreira, T., De, C., Figueiró, L. R., Benchaya, M. C., Machado, C. A., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2016). Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 101–107. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20662014>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1989). Single Sample Cross-Validation Indices for Covariance Structures. *Multivariate Behavioral Research*, 24(4), 445–455. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2404_4
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230–258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Byrne, B. M., Baron, P., Larsson, B., & Melin, L. (1995). The Beck Depression Inventory: Testing and cross-validating a second-order factorial structure for Swedish nonclinical adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 345–356. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)e0050-s](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0050-s)
- Cermak, T. L. (1986). *Diagnóstico y tratamiento de la codependencia: Una guía para profesionales que trabajan con dependientes químicos, sus cónyuges e hijos*. Libros del Instituto Johnson.
- Core, T. (2023). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Dear, G. E., & Roberts, M. C. (2002). Validation of the Holyoake Codependency Index. *The Journal of Psychology*, 4(1), 293–314. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.4.293-314>
- Dear, G. E., Roberts, M. C., & Lange, L. (2005). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In *Advances in psychology research* (Vol. 34, pp. 189–205). Nova Science Publishers.
- Dunnett, C. W. (1955). A Multiple Comparison Procedure for Comparing Several Treatments with a Control. *Journal of the American Statistical Association*, 50(272), 1096–1121. <https://doi.org/10.1080/01621459.1955.10501294>
- Fischer, J. L., Spann, L., & Crawford, D. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(1), 87–100. https://doi.org/10.1300/J020V08N01_06
- Flórez, P., Villamil Bermúdez, J., García, D., S. J., Gómez, T., & Y. (2020). *Revisión sistemática acerca de las técnicas más efectivas para tratar la dependencia emocional dentro de la psicoterapia cognitivo conductual*. Universidad Cooperativa de Colombia.

- Friel, J. C. (1985). Codependence assessment inventory: A preliminary research tool. *Focus Family Chemical Dependency*, 8, 20–21.
- Gonzales-Illescas, O. A., & Magos-López, M. (2012). La dinámica familiar como génesis de la codependencia. *Revista De Psicología GEPU*, 3(1), 263–281.
- Hastie, T., Tibshirani, R., Friedman, J. H., & Friedman, J. H. (2009). *The elements of statistical learning: data mining, inference, and prediction*. 2, 1–758.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Methods*, 7(2), 191–205.
<https://doi.org/10.1177/1094428104263675>
- Hoyle, R.H. & Gottfredson, N.C. (2023). Modelado de ecuaciones estructurales con variables latentes. En H. Cooper, M.N. Coutanche, L.M. McMullen, A.T. Panter, D. Rindskopf y K.J. Sher (Eds.), *Manual APA de métodos de investigación en psicología: Diseños de investigación: Cuantitativos, cualitativos, neuropsicológicos y biológicos* (2.^a ed., págs. 459-490). Asociación Americana de Psicología.
<https://doi.org/10.1037/0000319-021>
- Horn, J. L. (1965). A Rationale and Test for the Number of Factors in Factor Analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179–185.
<https://doi.org/10.1007/bf02289447>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hu, L.-tze., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453.
<https://doi.org/10.1037/1082-989x.3.4.424>
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76–99). Sage Publications, Inc.
- Izquierdo, M., & F. (2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 81, 9–19.
- Jiménez, M. D. L. V. M., & Ruiz, C. S. (2010). *Codependencia y heterocontrol relacional: el síndrome de Andrómaca*. Edita: Asociación Española de Estudios en Drogodependencias-AESED.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1988). *LISREL 7. A guide to the program and applications* (2th ed.).
- Kaplan, V. (2022). *Estados de salud mental de las amas de casa: una evaluación en términos de autopercepción y codependencia*. *Adicto a la salud interna*. 21, 666–683.
- Kline, RB (2023). Modelado de ecuaciones estructurales en la investigación neuropsicológica. En GG Brown, B. Crosson, KY Haaland y TZ King (Eds.), *Manual APA de neuropsicología: Neurociencia y neurométodos* (pp. 681-698). Asociación Americana de Psicología.
<https://doi.org/10.1037/0000308-034>
- Knappek, E., & Kuritárné Szabó, I. (2014). A kodependencia fogalma, tünetei és a kialakulásában szerepet játszó tényezők [El concepto, los síntomas y los factores etiológicos de la codependencia]. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsaság Tudományos Folyoirata*, 29(1), 56–64.
- López, A., & Moral, M. (2020). Dependencia emocional en agresores de pareja asistentes a un programa de intervención de penas y medidas alternativas: estudio piloto. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 20, 75–88.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7288619>
- Marín-Ocmin, A. (2019). Dependencia emocional y autoestima: relación y características en una población de jóvenes limeños. *CASUS. Revista De Investigación Y Casos En Salud*, 4(2), 85–91.
<https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.176>
- Marks, A. D. G., Blore, R. L., Hine, D. W., & Dear, G. E. (2012). Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology*, 64(3), 119–127.

- <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00034.x>
- Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica De Medicina De Familia*, 13(1), 97–100.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&tln=es
- Martins-D'angelo, R. M., Menéndez, Y., Gómez-Benito, J., & Silva, Y. F. (2011). *Codependencia y sus instrumentos de evaluación: Un estudio documental*. 10, 139–150.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15.
<https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Morgan, J. P. (1991). What is codependency?. *Journal of Clinical Psychology*, 47(5), 720–729.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199109\)47:5<720::aid-jclp2270470515>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199109)47:5<720::aid-jclp2270470515>3.0.co;2-5)
- Muñiz Fernández, J. (2010). Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. In *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos* (Vol. 64).
- Muñoz, J., Soto, J., López, W., & Muñoz, J. (2024). *Problemas psicológicos del codependiente en su relación con la persona que presenta trastorno por uso de alcohol*. Repositorio digital institucional Universidad CES. <https://hdl.handle.net/10946/8294>
- Noriega, G. (2013). *El guión de la codependencia en relaciones de pareja: diagnóstico y tratamiento*. El Manual Moderno.
<https://books.google.com.co/books?id=PZj9CAAQBAJ&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Noriega, G., & Ramos, L. (2002). *Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas*. 25, 38–48.
- Noriega, G., Ramos, L., Medina-Mora, M. E., & Villa, A. R. (2008). Prevalencia de codependencia en mujeres jóvenes que buscan atención primaria de salud y factores de riesgo asociados. *Revista Americana De Ortopsiquiatría*, 78(2), 199–210.
- Pérez Gómez, A., & Delgado Delgado, D. (2003). *La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento*. 15, 381–387.
- Potter-Efron, R. T., & Potter-Efron, P. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(1), 37–57.
https://doi.org/10.1300/J020V06N01_04
- Reyome, N. D., Ward, K. S., & Witkiewitz, K. (2010). Las variables psicosociales como mediadoras de la relación entre los antecedentes infantiles de maltrato emocional, codependencia y autosilenciamiento. *Revista De Agresión, Maltrato Y Trauma*, 19(2), 159–179.
<https://doi.org/10.1080/10926770903539375>
- Rocha Narvaez, B. L., Umbarila Castiblanco, J., Meza Valencia, M., & Riveros, F. A. (2019). Estilos de apego parental y dependencia emocional en las relaciones románticas de una muestra de jóvenes universitarios en Colombia. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 15(2), 285–299.
<https://doi.org/10.15332/22563067.5065>
- Rosas-Muñoz, O. A., Arrambí-Díaz, C., Luna-Bernal, I. J., & Lugo-Valenzuela, R. (2022). Dependencia emocional y violencia de pareja en usuarias del primer nivel de atención. *Revista Mexicana De Medicina Familiar*, 9(1), 5–11.
<https://doi.org/10.24875/rmf.21000034>
- Salcedo, P., & Rivera, S. (2020). Creación y validación de una escala de codependencia en el noviazgo para jóvenes. *Psicología Iberoamericana*, 27(1), 9–18.
<https://doi.org/10.48102/pi.v27i1.39>
- Samejima, F. (2011). The General Graded Response Model. *Handbook of Polytomous Item Response Theory Models*, 87–118.
<https://doi.org/10.4324/9780203861264.ch4>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8001_18
- Tonathiu, P., & Rivera, S. (2019). Creación y validación de una escala de codependencia en

- el noviazgo para jóvenes. *Psicología Iberoamericana*, 27(1), 1–9.
- Ulusoy, Y., & Güçray, S. (2017). Adaptation of composite codependency scale to Turkish: A validity and reliability study. *Journal of International Social Research*, 10(49), 373–379. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1588>
- Valle, L., & Moral, M. de la V. (2018). Dependencia emocional y estilo de apego adulto en las relaciones de noviazgo en jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana De Psicología Y Salud*, 9(1), 27. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.01.013>
- Villa-Moral, María., Sirvent, Carlos., Ovejero., Anastasio., & Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia Psicológica*, 36(3), 156–166. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000300156>
- Wegscheider-Cruse, S. (1982). *Otra oportunidad: esperanza y salud para la familia alcohólica*. NSITE Capacitación y Consultoría Onsite, Incorporada.
- Zarco, I. V. (2005). *Relación de la codependencia, el apego, los estilos de amor y los rasgos de masculinidad-feminidad en adultos (Tesis de licenciatura)*. CDMX.

Anexo

Escala de Codependencia Argentina

Id	Ítem	Dimensión
1	Intento convencer a los demás sobre lo que deberían pensar y sobre cómo se sienten verdaderamente.	Focalización en el otro.
2	Me culpo o critico mucho.	Escasa Autoconfianza
3	Me siendo forzado a ayudar a otras personas a resolver sus problemas (por ej. ofreciéndoles consejos)	Focalización en el otro.
4	Dejo de lado mis propios valores e integridad para evitar el rechazo o el enojo de los demás.	Actitud Complaciente
5	A veces no sé realmente cómo me siento.	Escasa Autoconfianza
6	A veces me concentro en una persona hasta el punto de descuidar otras relaciones o responsabilidades.	Focalización en el otro.
7	Es difícil para mí tomar decisiones.	Escasa Autoconfianza
8	Creo que la mayoría de las otras personas son incapaces de cuidarse a sí mismas.	Focalización en el otro.
9	Tengo que sentir que necesito establecer relaciones o vínculos con los demás.	Focalización en el otro.
10	Siento que mi salud general es peor que la de mis familiares y amigos.	Escasa Autoconfianza
11	Cuando alguien lastima mis sentimientos o hace algo que no me agrada, me resulta un poco difícil decirselo.	Actitud Complaciente
12	No confío en mí mismo frente a situaciones nuevas tanto como yo quisiera.	Escasa Autoconfianza
13	Hago a un lado mis propios valores y convicciones para aceptar los de mi pareja	Actitud Complaciente
14	Me resulta difícil saber lo que realmente quiero hacer de mi vida.	Escasa Autoconfianza
15	Evito expresar mi opinión cuando sé que es diferente a la de mi pareja o a la de otras personas.	Actitud Complaciente
16	Tiendo a involucrarme en relaciones que son dolorosas para mí.	Focalización en el otro.
17	Me siento cansado, agotado o enfermo	Escasa Autoconfianza
18	Valoro las opiniones y sentimientos de las otras personas más que mis propias opiniones y sentimientos, y tengo temor de expresarlos cuando sean diferentes a los de los demás.	Actitud Complaciente
19	Me resulta difícil manejar situaciones inesperadas.	Escasa Autoconfianza
20	Me siento resentido o enojado cuando los demás no me permiten que los ayude.	Focalización en el otro.
21	Me disculpo demasiado con los demás por lo que digo o hago.	Escasa Autoconfianza
22	Me resulta difícil hablar con alguien con autoridad (jefe, profesor, padres, policía, etc.)	Actitud Complaciente
23	Me preocupo mucho por los problemas de los demás.	Escasa Autoconfianza
24	Tiendo a tener relaciones en las que siempre estoy para los demás, pero ellos raras veces están para mí.	Focalización en el otro.
25	Acepto hacerme cargo de demasiadas cosas y después me pregunto por qué lo hice.	Escasa Autoconfianza
26	Tiendo a tener mejor opinión de los demás que de mí mismo	Escasa Autoconfianza

Nota. El proceso de cálculo del puntaje para cada subescala corresponde a la suma del puntaje en cada uno de los ítems pertenecientes a la misma, y para obtener el puntaje total se deben sumar los puntajes de las 3 subescalas.