

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“Validación de escala para codependencia en  
Alzheimer”**

**Por**

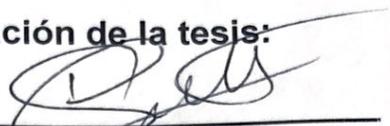
**Dra. Selesté Alejandra Garza Fuentes**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**OCTUBRE, 2017**

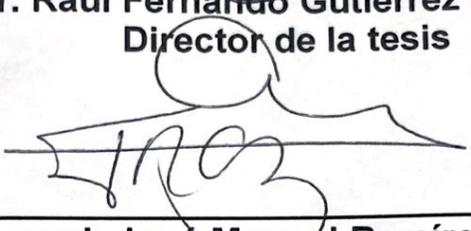
**“Validación de escala para codependencia en  
Alzheimer”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera**  
**Director de la tesis**



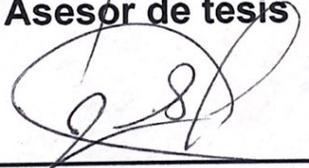
---

**Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda**  
**Coordinador de investigación**



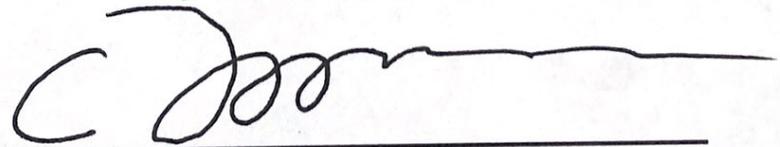
---

**Dr Eduardo Mendez Espinosa**  
**Asesor de tesis**



---

**Dr Felix Martínez Lazcano**  
**Asesor de tesis**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## **DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS**

A mis padres

Gracias por tanto que me han brindado durante toda mi vida. Sin el apoyo incondicional que día con día me dan no estaría donde me encuentro. Gracias a su esfuerzo, trabajo y dedicación puedo hoy realizar todos estos logros.

A mis hermanos

La familia forma una parte fundamental en el desarrollo integral de un ser humano, los hermanos juegan un gran papel en este caso. Gracias por todos los buenos y malos momentos que me ayudaron a madurar y ser quien soy el día de hoy.

Por último, pero no menos importante:

A mis maestros

Al Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera por ser un jefe ejemplar y un modelo a seguir tanto como doctor, catedrático y ser humano.

Al Dr. med José M. Ramírez que apoyó incondicionalmente este proyecto de inicio a fin, despejando cualquier duda y cuidando cada paso y decisión tomada sin descuidar sus labores diarias.

A todos mis compañeros, personal del departamento, residentes y amigos que directa o indirectamente ayudaron en la realización tanto de mi tesis como de mi especialidad.

# TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN. ....	8
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN. ....	10
Capítulo III	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	14
Capítulo IV	
4. JUSTIFICACIÓN. ....	17
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS. ....	19
Capítulo VI	
6. ASPECTOS ÉTICOS. ....	22
Capítulo VII	
7. RESULTADOS. ....	23
Capítulo VIII	
8. DISCUSIÓN.....	39
Capítulo IX	
9. CONCLUSIONES.....	42

Capítulo X

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1.....43

Capítulo XI

10. BIBLIOGRAFÍA. .... 48

Capítulo XII

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO. .... 51

## INDICE DE TABLAS y GRAFICOS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Datos demográficos del cuidador.....	23
1b. Datos demograficos del cuidador.....	24
2. Datos demográficos de la persona cuidada.....	25
3. Media y DE de 60 reactivos.....	27
3b. Media y DE de 60 reactivos.....	28
4. Correlacion total elemento y ADC.....	30
4b. Correlación total elemento y ADC.....	31
5. Media y DE escala final 15 reactivos.....	33
6. Varianza total explicada 15 reactivos.....	35
7. Matriz de componentes rotados.....	38
 <b>Gráficos</b>	
1. Sedimentación.....	37

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**UANL:** Universidad Autónoma de Nuevo León

**DE:** Desviación estándar

**AZ:** Alzheimer

**ACB:** Alfa de Cronbach

# Capítulo I

## Resumen

La demencia tipo Alzheimer (AZ) es una enfermedad crónica degenerativa, progresiva e incurable la cual tiene un fuerte impacto sanitario, económico y social, y ha sido uno de los trastornos neuropsiquiátricos en los que más se ha concentrado la investigación básica y clínica. Ser cuidador de un paciente con demencia AZ tiene repercusiones importantes. Entre estas alteraciones se ha encontrado y estudiado la codependencia que se define como una dependencia relacional caracterizada por la manifestación de perturbaciones de índole afectivo y relacional con un patrón de actuación típica de comportamientos de sobrecontrol, pseudoaltruismo, focalización en el otro con conductas de sojuzgamiento y/o sometimiento.

**Objetivo:** Desarrollar y validar un instrumento para medir codependencia en cuidadores de enfermos de AZ.

**Material y Métodos:** La construcción del instrumento, se seleccionaron 60 reactivos de escalas de codependencia para adicciones, modificándolas y ajustándolas a los cuidadores de Alzheimer. Se integró un comité de 5 expertos quienes los calificaron de acuerdo con su pertinencia.

Se realizó un estudio pilotó con 60 cuidadores de pacientes con AZ de la consulta de Medicina Familiar del IMSS UMF 15. Se realizaron estadísticas descriptivas y

correlación de elementos y índice de fiabilidad para seleccionar los reactivos que lograron una mayor consistencia interna de la escala.

Se registró en Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González con la clave MF17-00009 durante el mes de septiembre 2017.

**Resultados:** Debido a la alta puntuación de la evaluación de los integrantes del comité de expertos se decidió incluir los 60 reactivos en el análisis estadístico de fiabilidad.

**Conclusiones.** Los resultados del estudio permiten afirmar que la escala de codependencia para cuidadores de enfermos con Alzheimer es un instrumento de tamizaje válido y confiable para detectar los probables casos de codependencia en la relación cuidador-enfermo.

## Capítulo II

### Introducción

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad crónica degenerativa, progresiva e incurable, caracterizada por síntomas cognitivos, problemas físicos y alteraciones emocionales y comportamentales <sup>1,2</sup> que afecta aproximadamente el 8 % de la población mayor de 65 años y el 30 % de la población mayor de 80 años, <sup>3</sup> tiene un fuerte impacto sanitario, económico y social, y ha sido uno de los trastornos neuropsiquiátricos en los que más se ha concentrado la investigación básica y clínica. <sup>4</sup>

La enfermedad de Alzheimer es un síndrome que lleva poco a poco a la incapacidad de los pacientes, a un deterioro físico y funcional.<sup>5</sup> Esta demencia constituye el tipo más frecuente (50-70 % de las demencias) y la mayor causa de dependencia de las personas. Dadas las tendencias demográficas actuales ha sido denominada “la epidemia del siglo”, por consiguiente, se encuentra entre las seis afecciones incluidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad en relación con la salud mental <sup>6-7</sup>.

Para la familia y la sociedad tener una persona afectada con este tipo de demencia implica un fuerte impacto, especialmente relacionándolo con la pérdida de la autonomía y de las capacidades funcionales y de decisión que llevan al paciente a requerir de la figura de un cuidador. <sup>4</sup>

El cuidador, ya sea formal o informal, es quien resulta afectado significativamente en su salud física, emocional y mental.<sup>8</sup> Está demostrado que el cuidado de una persona con demencia es mucho más estresante que atender a personas con dependencia física o con muy pocos problemas emocionales o conductuales, debido a que el cuidador debe introducir mayores cambios en su estilo de vida, tiene una mayor limitación social, sufre una alteración de la relación interpersonal cuidador - enfermo y disminuye la gratificación por parte del receptor de los cuidados.<sup>9</sup>

Del total de cuidados que reciben las personas mayores, el 80-88 % los brinda exclusivamente la familia, sin embargo, existen casos en que la red familiar del enfermo no es suficiente para hacerse cargo de su cuidado, por lo cual se acude al “cuidador formal”, término que se refiere a toda aquella persona que cuida en forma directa a personas dependientes en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio por su trabajo.<sup>10</sup>

Ser cuidador de un paciente con demencia tipo Alzheimer tiene repercusiones importantes; entre las más comunes en los cuidadores informales se halla la depresión <sup>11</sup>, ansiedad, sentimiento de culpa, sentimiento de impotencia, resignación, bajos niveles de satisfacción con la vida y problemas laborales y legales, alteraciones del sueño, sobrecarga y altos niveles de estrés. <sup>12</sup>

Así mismo, los cuidadores formales deben manejar altos niveles de estrés, lo cual les puede generar trastornos depresivos u otras alteraciones en su salud mental.<sup>13</sup>

Entre estas alteraciones se ha encontrado y estudiado la codependencia, es un término que surge al final de los años setenta, posiblemente en Minnesota, dentro del ambiente del tratamiento para las dependencias de sustancias psicoactivas, por medio de los programas basados en los doce pasos de los grupos de Alcohólicos Anónimos.<sup>14</sup>

Ese tipo de relación implica un sistema habitual de pensar, sentir y comportarse en relación consigo mismo y con los demás que genera conflicto y causa dolor. Se asumen conductas y hábitos autodestructivos aprendidos, con los cuales se menoscaba la propia paz, tranquilidad y felicidad, tanto como la de aquellos que hay alrededor.<sup>15</sup>

Se ha hecho referencia al codependiente como aquella persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a un drogodependiente, involucrándose en sus situaciones de vida conflictivas, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas<sup>16</sup>.

Posteriormente se ha ido generalizando a familiares de personas con otras dependencias, con enfermedad crónica como esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos alimentarios, cáncer, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer e incluso a profesionales de la salud<sup>17</sup>.

## Capítulo III

### Planteamiento del problema

La Codependencia se define como una dependencia relacional caracterizada por la manifestación de perturbaciones de índole afectivo y relacional con un patrón de actuación típica de comportamientos de sobrecontrol, pseudoaltruismo, focalización en el otro con conductas de sojuzgamiento y/o sometimiento, autonegligencia, afán de proteccionismo<sup>18</sup> que experimentan parejas o familiares directos de aquellas personas alcohólicas, dependientes de otras drogas y/o pacientes de enfermedades crónicas.<sup>19</sup>

La expresión sintomática del codependiente se caracteriza por la necesidad de tener el control sobre el otro, por una baja autoestima, por un autoconcepto negativo, por la dificultad para poner límites, por la represión de sus emociones, por hacer propios los problemas del otro, por la negación del problema, por ideas obsesivas y conductas compulsivas, por el miedo a ser abandonado, a la soledad o al rechazo.<sup>20</sup> Además, se siente víctima porque sacrifica su propia felicidad, tiene dificultad para la diversión y se juzga.<sup>21</sup>

Si bien el constructo de codependencia surgió para referirse a los familiares de personas con trastorno por dependencia al alcohol, rápidamente se generalizó a los de dependientes de otras sustancias psicoactivas y se ha sugerido que un

fenómeno similar se presentaría también entre familiares de personas con otras enfermedades crónicas como enfermedad de Alzheimer. <sup>22</sup>

Las investigaciones han puesto en evidencia que las personas que vivieron o viven en una familia disfuncional o con alguien dependiente por enfermedad, también presentan conductas y síntomas codependientes. <sup>23</sup>

La codependencia se caracteriza por 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 lograrla 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 comportamientos ajenos y d) Supresión emocional, supresión deliberada o limitada conciencia de sus emociones hasta un punto abrumador.<sup>24</sup>

Se ha relacionado la presencia de Codependencia, con patrones disfuncionales en la familia de origen como abuso infantil, la coacción de los padres, la falta de cuidado y la compulsividad, estilo de crianza con rol paterno autoritario, paternidad disfuncional, ambiente familiar represivo, abuso físico y verbal, falta de aceptación, comunicación y apoyo y altos niveles de control.<sup>25</sup>

La codependencia puede reflejar una mala salud o un comportamiento mal adaptado o problemático que está asociado con la vida con deterioro crónico. La codependencia puede encontrar no sólo en Individuos, sino familias y comunidades.

26

Una diferencia primaria entre codependientes y otras personas es que éstas no se juzgan tan duramente como las personas codependientes. Tales personas creen que son inútiles, incompetentes, no amables y se sienten inseguras acerca de todo. Constantemente se avergüenzan a sí mismos, huyen de buenas relaciones, porque sienten que no tienen derecho a una persona que los trata bien.<sup>27</sup>

Las personas codependientes viven en un mundo de desastres, por lo que aprenden a lidiar una crisis de manera disfuncional. Se vuelven tan acostumbrados a estas situaciones confusas que no pueden manejar la vida sin una crisis por lo que crean una crisis para vivir. Con tales problemas y defectos de carácter, es comprensible por qué las personas codependientes tienen una baja autoestima.<sup>28</sup>

## Capítulo IV

### Justificación

Actualmente existen diversas escalas para detectar codependencia. Algunas de las medidas utilizadas en estos estudios fueron diseñadas específicamente para evaluar la codependencia, mientras que otras medidas fueron diseñadas para medir constructos relacionados con la codependencia, por ejemplo, locus de control o diferenciación de uno mismo.<sup>29</sup>

Pero existe un problema, muchos de los reactivos de estas escalas genéricas son irrelevantes y no aplican en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Por otra parte, estas escalas a menudo carecen de la sensibilidad y la especificidad que se necesitan para diferenciar entre un nivel de cuidado apropiado del cuidador y codependencia.<sup>30</sup>

Teniendo en cuenta la cantidad de investigación que especula sobre un aumento de la prevalencia de la codependencia en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer existe necesidad de una escala de codependencia específica para más precisión

El contar con una escala que detecte Codependencia en los cuidadores de pacientes con Alzheimer ayudaría enormemente al médico Familiar para la detección de este patrón disfuncional de relación y su abordaje.



# Capítulo V

## Material y Métodos

### Tipo de estudio

Se trata de un estudio de Validación de Escala.

**Universo.** Son cuidadores de pacientes de la consulta de Medicina Familiar de IMSS UMF 15.

### Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Mayores de 18 años.
- Ser el cuidador primario de una persona con enfermedad de Alzheimer
- Sexo indistinto

Criterios de exclusión

- Personas que no sean el cuidador principal.
- Personas que no deseen participar.

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas en los reactivos de la escala.

### Diseño muestral

**Tipo de muestreo.** Fue un muestreo no probabilístico por conveniencia

La muestra de cuidadores seleccionados se obtuvo de la consulta de Medicina Familiar en IMSS y de la consulta de seguimiento de consulta de enfermería geriátrica al asistir la persona enferma acompañado de su cuidador a seguimiento mensual. Se obtuvo el consentimiento verbal de los cuidadores a participar en el estudio, previa explicación de los objetivos y garantizando la plena confidencialidad en el manejo de la información. No hubo rechazos. Posteriormente se aplicó la escala de manera individual y en forma de entrevista. La aplicación se llevó a cabo en las instalaciones de la UMF 15 y tomó 15 minutos por participante.

**Tamaño de muestra.** Se tomó una muestra piloto de 60 cuidadores.

## **Diseño del Instrumento**

### **Procedimiento**

Se construyó la escala de codependencia siguiendo varias etapas.

A) Diseño de los reactivos: Se seleccionaron 35 reactivos tomándolos de 3 escalas de codependencia <sup>32 33 34</sup>, que se utilizan en la actualidad y se realizaron modificaciones, ajustándolas a la situación de los cuidadores de Alzheimer, el resto de los reactivos fueron redactados por el equipo investigador.

B) Validez de contenido: Se integró un comité de expertos por un geriatra, una especialista en gerontología, un médico familiar, un psiquiatra y un psicólogo quienes analizaron los 60 reactivos calificándolos de acuerdo con su pertinencia.

Estos jueces calificaron reactivos en una escala de 4 puntos, que van desde “1 = No relevante” a “4 = relevante” por su contenido y claridad en relación con la definición. Además, también se invitó a los jueces a que proporcionaran sugerencias o cambios en la redacción de los reactivos además de elementos adicionales que no estuvieran en la base inicial de reactivos. Sus respuestas fueron capturadas en una base de datos y analizadas. Un poco más del 95% de los reactivos fue considerada como de alta relevancia, sin modificaciones en su redacción por lo que se decidió incluir todos los reactivos en la pilotaje con la población blanco, para verificar estadísticamente la consistencia interna de escala.

### **Análisis de datos**

- Se utilizó el software SPSS para Windows versión 20 para la captura y procesamiento de datos al igual que Microsoft Excel. Se realizaron estadísticas descriptivas de variables y reactivos como porcentajes y frecuencias. Se realizó un análisis total de elementos con correlación total corregida y se estimó el Alfa de Cronbach final.
- Con aquellos estadísticamente significativos se realizó una Análisis Factorial Exploratorio, usando la Técnica de Componentes Principales con la técnica de Rotación Varimax con Kaiser.

# Capítulo VI

## Aspectos Éticos

Dicho trabajo de investigación se realizó apegado a la normativa establecida en el Reglamento General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 fracción 1 en relación a una investigación sin riesgo. Apegándose también a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, a la Declaración de Helsinki vigente. Además, se sometió el trabajo de investigación a revisión ante el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González quedando registrado en la Subdirección de esta unidad con la clave.

## Capítulo VII

### Resultados

Los resultados de los datos sociodemográficos obtenidos en la aplicación de la escala en la muestra piloto de 60 cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer.

**Tabla 1. Datos Demográficos del Cuidador de pacientes con Alzheimer**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Masculino	14	23.3
Femenino	46	76.7
<b>Estado Civil</b>		
Casado	9	15.0
Soltero	49	81.7
Viudo	2	3.3
<b>Escolaridad</b>		
Ninguno	3	5.0
Primaria incompleta	3	5.0
Secundaria	23	38.3
Preparatoria/técnica	25	41.7
Universidad	6	10.0

**Tabla 1b. Datos Demográficos del Cuidador de pacientes con Alzheimer**

<b>Ocupación</b>		
Enfermera/o	6	10.0
Hogar	32	53.3
Vendedor/a	4	6.7
Otros	58	30.0
<b>Parentesco con la persona que cuida</b>		
Esposo/a	16	26.7
Hijo/a	24	40.0
Sobrino/a	5	8.3
Nieta/nieto	5	8.3
Hermana/o	4	6.7
Nuera/yerno	6	10.0
<b>Variable Numérica</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Edad del cuidador	51.3	12.9
Tiempo de cuidado del enfermo	2.93	1.8

Se encontró una media de edad de 51.1 años en la edad del cuidador, con una máxima de 75 años y mínima de 25 años;

Además, se encontró un predominio femenino en cuanto al sexo del cuidador con 76.7% contra un 23.3% del sexo masculino. Predominio de soltería en cuanto al estado civil del cuidador con un 81.7% contra un 15 y 3.3% de casado y viudo respectivamente. Un 53.3% en cuanto a la ocupación del cuidador que corresponde al hogar y respecto al parentesco del cuidador con la persona cuidada un 40% fueron hijos/hijas y 26% esposa/esposo.

La media en cuanto al tiempo de cuidado fue de 2.9 años con un máximo de 8 años

(Tabla 1b)

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de la persona cuidada.**

<b>Datos sociodemográficos de la persona cuidada</b>		
<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	33	55.0
Femenino	27	45.0
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	6	10.0
Casado	23	38.3
Separado/divorciado	3	5.0
Viudo	28	46.7
<b>Escolaridad</b>		
Ninguno	21	35.0
Primaria incompleta	13	21.7
Primaria completa	6	10.0
Secundaria	9	15.0
Preparatoria/técnico	11	18.3
<b>Estado actual del paciente respecto a su dependencia</b>		
Dependencia total	14	23.3
Semi independencia	42	70.0
Independencia	4	6.7
<b>Variables Numéricas</b>		
	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>
Edad del familiar cuidado	74.0	6.7
Tiempo de inicio de la enfermedad	4.6	2.1

En cuanto a los datos sociodemográficos de la persona cuidada se encontró un predominio masculino de 55%, un 46%, en cuanto a la edad del enfermo se encontró una media de 74.0 con una máxima de 88 y una mínima de 64 años con estado civil viudo y un 21.7% con escolaridad primaria incompleta. Se estudió también el tiempo de inició de la enfermedad a la actualidad con una media de 4.6 con un máximo de 10 años.

Se Investigó también el estado de dependencia encontrando una superioridad del 70% de semindependencia contra un 23.3 de dependencia total y un 6.7 de independencia. (Tabla 2)

**Tabla 3. Media y DE 60 reactivos**

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>N</b>
<b>Reactivo 1</b>	2.48	.624	60
<b>Reactivo 2</b>	3.03	.758	60
<b>Reactivo 3</b>	2.58	.743	60
<b>Reactivo 4</b>	2.80	.917	60
<b>Reactivo 5</b>	2.87	.812	60
<b>Reactivo 6</b>	2.63	.956	60
<b>Reactivo 7</b>	2.67	.705	60
<b>Reactivo 8</b>	2.55	.622	60
<b>Reactivo 9</b>	2.62	.885	60
<b>Reactivo 10</b>	2.58	.743	60
<b>Reactivo 11</b>	3.00	.736	60
<b>Reactivo 12</b>	2.13	.566	60
<b>Reactivo 13</b>	2.07	.482	60
<b>Reactivo 14</b>	2.02	.431	60
<b>Reactivo 15</b>	1.17	.418	60
<b>Reactivo 16</b>	2.45	.852	60
<b>Reactivo 17</b>	1.23	.427	60
<b>Reactivo 18</b>	1.02	.129	60
<b>Reactivo 19</b>	2.72	.666	60
<b>Reactivo 20</b>	2.62	.691	60
<b>Reactivo 21</b>	1.85	.633	60
<b>Reactivo 22</b>	1.85	.606	60
<b>Reactivo 23</b>	2.20	.819	60
<b>Reactivo 24</b>	2.07	.821	60
<b>Reactivo 25</b>	1.98	.725	60
<b>Reactivo 26</b>	1.63	.637	60
<b>Reactivo 27</b>	1.42	.497	60
<b>Reactivo 28</b>	1.57	.621	60
<b>Reactivo 29</b>	1.08	.279	60
<b>Reactivo 30</b>	1.05	.220	60
<b>Reactivo 31</b>	1.10	.303	60

**Tabla 3b. Media y DE 60 reactivos**

<b>Reactivo 32</b>	1.78	0.666	60
<b>Reactivo 33</b>	1.38	0.524	60
<b>Reactivo 34</b>	1.33	0.475	60
<b>Reactivo 35</b>	1.03	0.181	60
<b>Reactivo 36</b>	1.18	0.39	60
<b>Reactivo 37</b>	1.8	0.684	60
<b>Reactivo 38</b>	2.03	0.663	60
<b>Reactivo 39</b>	2.68	0.651	60
<b>Reactivo 40</b>	2.8	0.684	60
<b>Reactivo 41</b>	1.97	0.758	60
<b>Reactivo 42</b>	2.18	0.77	60
<b>Reactivo 43</b>	2.53	0.676	60
<b>Reactivo 44</b>	2.63	0.758	60
<b>Reactivo 45</b>	2.72	0.666	60
<b>Reactivo 46</b>	2.18	0.469	60
<b>Reactivo 47</b>	3.23	0.563	60
<b>Reactivo 48</b>	2.25	0.508	60
<b>Reactivo 49</b>	2.22	0.415	60
<b>Reactivo 50</b>	3.1	0.573	60
<b>Reactivo 51</b>	3.15	0.685	60
<b>Reactivo 52</b>	2.52	0.624	60
<b>Reactivo 53</b>	3.12	0.715	60
<b>Reactivo 54</b>	2.95	0.699	60
<b>Reactivo 55</b>	1.53	0.623	60
<b>Reactivo 56</b>	2.58	0.645	60
<b>Reactivo 57</b>	2.77	0.647	60
<b>Reactivo 58</b>	2.82	0.676	60
<b>Reactivo 59</b>	3.27	0.578	60
<b>Reactivo 60</b>	2.58	0.696	60

Se realizó una estadística descriptiva de los 60 reactivos y sus respuestas de la escala encontrando las medias y DE más altas en los siguientes reactivos:

Reactivo 59: Media 3.27, DE: 0.57

Reactivo 47: Media 3.23, DE:0.56

Y los resultados en los reactivos de las medias más bajas fueron los siguientes:

Reactivo 18: Media 1.02, DE: 0.12

Reactivo 35: Media 1.03, DE:0.18

(Tabla 3 y 3b)

Se llevó a cabo una Análisis de Fiabilidad de los 60 reactivos con el coeficiente alfa de Cronbach, dando como resultado 0.80 y un alfa de Cronbach basado en los elementos tipificados de 0.77.

**Tabla 4. Correlación total elemento y alfa de Cronbach**

	<b>Media de la escala si se elimina el elemento</b>	<b>Varianza de la escala si se elimina el elemento</b>	<b>Correlación elemento-total corregida</b>	<b>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</b>
Reactivo 1	130.88	110.749	.349	.795
<b>Reactivo 2</b>	<b>130.33</b>	<b>107.718</b>	<b>.472</b>	<b>.791</b>
Reactivo 3	130.78	111.156	.257	.797
<b>Reactivo 4</b>	<b>130.57</b>	<b>102.080</b>	<b>.691</b>	<b>.781</b>
<b>Reactivo 5</b>	<b>130.50</b>	<b>106.593</b>	<b>.505</b>	<b>.789</b>
<b>Reactivo 6</b>	<b>130.73</b>	<b>104.775</b>	<b>.513</b>	<b>.788</b>
Reactivo 7	130.70	112.214	.202	.799
Reactivo 8	130.82	112.220	.237	.798
<b>Reactivo 9</b>	<b>130.75</b>	<b>105.106</b>	<b>.542</b>	<b>.787</b>
Reactivo 10	130.78	109.969	.334	.795
Reactivo 11	130.37	109.321	.381	.794
<b>Reactivo 12</b>	<b>131.23</b>	<b>110.046</b>	<b>.451</b>	<b>.793</b>
<b>Reactivo 13</b>	<b>131.30</b>	<b>110.417</b>	<b>.501</b>	<b>.793</b>
<b>Reactivo 14</b>	<b>131.35</b>	<b>111.519</b>	<b>.441</b>	<b>.795</b>
Reactivo 15	132.20	115.654	-.011	.803
<b>Reactivo 16</b>	<b>130.92</b>	<b>104.349</b>	<b>.612</b>	<b>.785</b>
Reactivo 17	132.13	113.711	.202	.799
Reactivo 18	132.35	115.452	.093	.801
Reactivo 19	130.65	112.943	.165	.800
Reactivo 20	130.75	115.581	-.022	.805
Reactivo 21	131.52	112.356	.221	.798
Reactivo 22	131.52	115.983	-.048	.805
Reactivo 23	131.17	113.972	.062	.804
Reactivo 24	131.30	113.197	.106	.802
Reactivo 25	131.38	116.444	-.079	.807
Reactivo 26	131.73	118.029	-.196	.809
Reactivo 27	131.95	115.065	.039	.802
Reactivo 28	131.80	116.264	-.069	.806
Reactivo 29	132.28	114.918	.122	.800
Reactivo 30	132.32	114.627	.224	.800
Reactivo 31	132.27	115.589	.007	.802
Reactivo 32	131.58	114.586	.049	.803
Reactivo 33	131.98	113.000	.220	.798
Reactivo 34	132.03	115.423	.008	.803

**Tabla 4b. Correlación total elemento y alfa de Cronbach**

Reactivo 35	132.33	115.92	-0.058	0.802
Reactivo 36	132.18	114.29	0.154	0.8
Reactivo 37	131.57	110.93	0.301	0.796
Reactivo 38	131.33	111.18	0.294	0.796
Reactivo 39	130.68	115.98	-0.048	0.805
<b>Reactivo 40</b>	<b>130.57</b>	<b>111.03</b>	<b>0.294</b>	<b>0.796</b>
<b>Reactivo 41</b>	<b>131.4</b>	<b>109.74</b>	<b>0.341</b>	<b>0.795</b>
Reactivo 42	131.18	113.34	0.11	0.802
Reactivo 43	130.83	111.33	0.277	0.797
Reactivo 44	130.73	112.4	0.171	0.8
Reactivo 45	130.65	113.15	0.151	0.8
Reactivo 46	131.18	116.66	-0.114	0.805
Reactivo 47	130.13	110.73	0.395	0.794
Reactivo 48	131.12	116.61	-0.104	0.805
Reactivo 49	131.15	115.35	0.023	0.802
Reactivo 50	130.27	112.33	0.252	0.798
<b>Reactivo 51</b>	<b>130.22</b>	<b>107.29</b>	<b>0.562</b>	<b>0.789</b>
<b>Reactivo 52</b>	<b>130.85</b>	<b>109.05</b>	<b>0.483</b>	<b>0.792</b>
<b>Reactivo 53</b>	<b>130.25</b>	<b>106.53</b>	<b>0.588</b>	<b>0.787</b>
Reactivo 54	130.42	113.16	0.14	0.801
<b>Reactivo 55</b>	<b>131.83</b>	<b>111.6</b>	<b>0.284</b>	<b>0.797</b>
Reactivo 56	130.78	111.46	0.282	0.797
Reactivo 57	130.6	112.35	0.216	0.799
Reactivo 58	130.55	115.34	-0.005	0.805
Reactivo 59	130.1	115.99	-0.048	0.805
Reactivo 60	130.78	112.04	0.218	0.798

Se realizó un análisis total de elementos con correlación total corregida de los elementos eliminando los reactivos con la menor correlación y estimando el Alfa de Cronbach final.

Por ejemplo, el reactivo 15 con una correlación  $-.011$ , reactivo 59:  $-.048$  reactivo 30:  $-.048$ ; gracias a esto se realizaron pruebas, seleccionando los reactivos con la mayor correlación elemento y como consecuente una mayor fiabilidad de la escala aumentando el valor de alfa de Cronbach, resultado en una escala de 15 reactivos que son el número 2,4,5,6,9,12,13,14,16,40,41,51,52,53 y 55. (Tabla 4 y 4b)

De estos reactivos finales igualmente se realizó un análisis factorial encontrando lo siguiente:

**Tabla 5. Media y DE escala final de 15 Reactivos**

	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>
Reactivo 2	3.03	.758	60
Reactivo 4	2.80	.917	60
Reactivo 5	2.87	.812	60
Reactivo 6	2.63	.956	60
Reactivo 9	2.62	.885	60
Reactivo 12	2.13	.566	60
Reactivo 13	2.07	.482	60
Reactivo 14	2.02	.431	60
Reactivo 16	2.45	.852	60
Reactivo 40	2.80	.684	60
Reactivo 41	1.97	.758	60
Reactivo 51	3.15	.685	60
Reactivo 52	2.52	.624	60
Reactivo 53	3.12	.715	60
Reactivo 55	1.53	.623	60

Análisis de media y DE de los 15 reactivos encontrando los resultados más altos en los siguientes: Reactivo 51: Reactivo 53: y con resultados menores en: Reactivo 55 y Reactivo 41. (Tabla 5)

En cuanto al análisis de fiabilidad de los 15 reactivos finales dio un resultado en alfa de Cronbach de 0.873 con un alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados en 0.874.

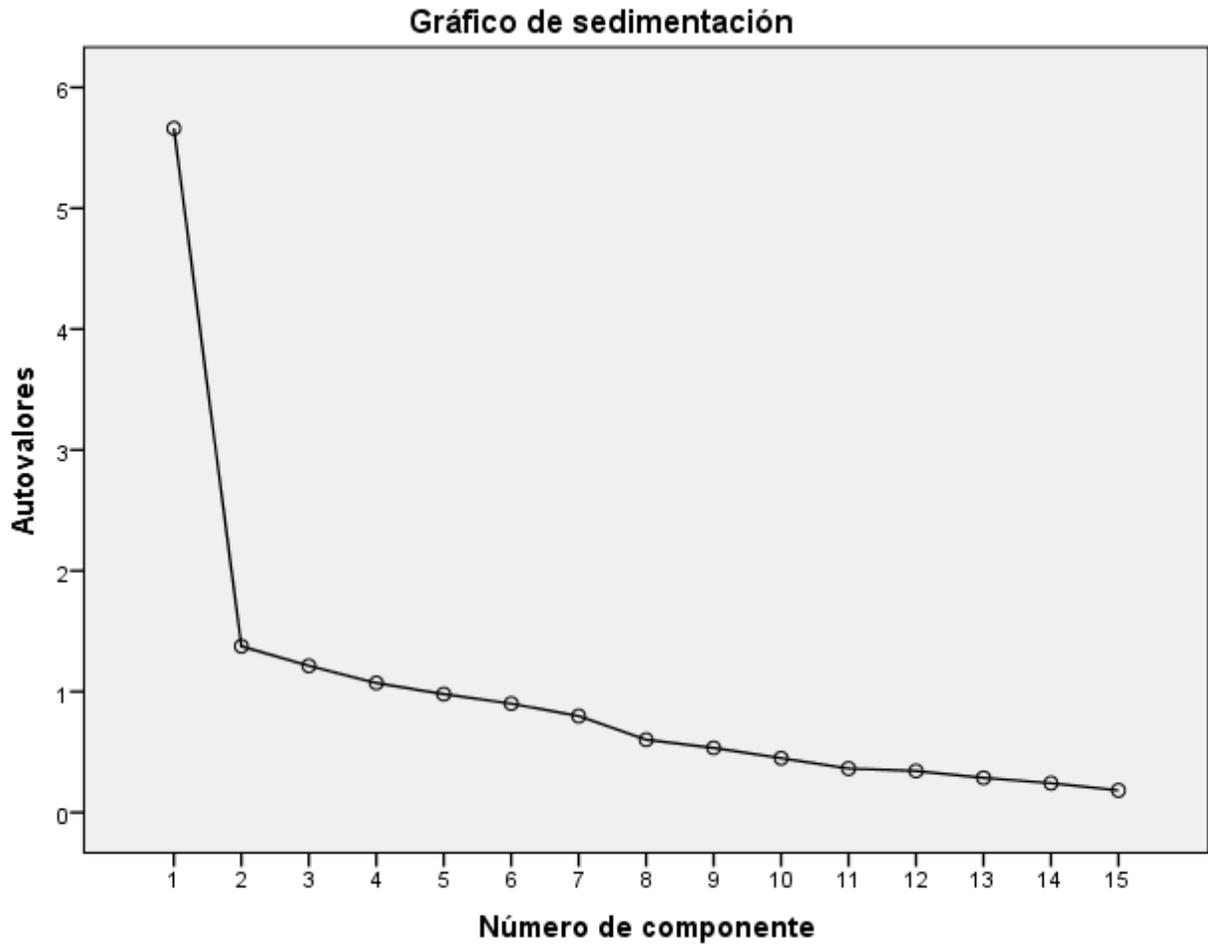
El coeficiente alfa de Cronbach obtenido de los 15 reactivos seleccionados permite reconocer que es aceptable la consistencia interna del instrumento aplicado, puesto que los valores son mayores a 0.8 en todos los reactivos.

**Tabla 6. Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.661	37.742	37.742	5.661	37.742	37.742	3.291	21.938	21.938
2	1.375	9.168	46.911	1.375	9.168	46.911	2.812	18.746	40.685
3	1.213	8.089	55.000	1.213	8.089	55.000	2.128	14.189	54.873
4	1.071	7.141	62.141	1.071	7.141	62.141	1.090	7.268	62.141
5	0.979	6.526	68.667						
6	0.901	6.005	74.672						
7	0.798	5.318	79.989						
8	0.601	4.010	83.999						
9	0.534	3.560	87.559						
10	0.449	2.991	90.551						
11	0.363	2.422	92.973						
12	0.343	2.287	95.260						
13	0.287	1.911	97.171						
14	0.242	1.612	98.783						
15	0.183	1.217	100.000						

Se encontraron 4 componentes principales de los cuales la varianza explicada por el primer componente es la mayor con 37.7% y la varianza acumulada total de los 4 componentes es de 62.1%. (Tabla 6)

**Gráfico 1.**



Esta gráfica de sedimentación muestra que los cuatro primeros componentes explican la mayor parte de la variabilidad total en los datos. Los valores propios de los cuatro primeros componentes son todos mayores que 1. Los factores restantes explican una proporción muy pequeña de la variabilidad y probablemente no son importantes. (Gráfico 1)

**Tabla 7. Matriz de componentes rotados**

	<b>Componentes</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Reactivo 2</b>			<b>.772</b>	
<b>Reactivo 4</b>	.438	.449	<b>.500</b>	
<b>Reactivo 5</b>		.452	<b>.656</b>	
<b>Reactivo 6</b>	.349	<b>.739</b>		
<b>Reactivo 9</b>	<b>.622</b>		.315	-.395
<b>Reactivo 12</b>	<b>.668</b>			
<b>Reactivo 13</b>	<b>.746</b>			
<b>Reactivo 14</b>	<b>.653</b>			
<b>Reactivo 16</b>		<b>.721</b>		
<b>Reactivo 40</b>		.317		<b>.665</b>
<b>Reactivo 41</b>		<b>.660</b>		-.595
<b>Reactivo 51</b>	<b>.708</b>		.303	
<b>Reactivo 52</b>	.305	<b>.698</b>		
<b>Reactivo 53</b>	<b>.663</b>			
<b>Reactivo 55</b>			<b>.697</b>	

En la siguiente tabla se hace un análisis descubriendo 4 componentes en la escala final. En los tres primeros componentes se agrupan el mayor número de reactivos. En el primer componente el cual llamaremos *Enfoque externo* comprende los reactivos ,9,12,13,14,51,y53 los cuales presentaron una carga mayor de 0.6; 3

reactivos fueron eliminados de este componente ya que aparecen en otros componentes con mayor carga.

En el segundo componente que llamaremos *Autosacrificio* se agrupan los reactivos ,6,16,41 y 52, con cargas mayores a 6. El tercer componente llamado *Control interpersonal* se encontraron los reactivos 2,4,5 y 55 (Tabla 7). EL cuarto componente consta de solo un reactivo.

## Capítulo VIII

### Discusión

En este estudio se describió el proceso de construcción de una escala para medir codependencia en cuidadores de personas enfermas con Alzheimer. Esta escala se aplicó a un grupo inicial piloto de 60 personas donde se valoró la consistencia del instrumento y se realizó análisis factorial para valorar el comportamiento de la escala en un proceso de validez de constructo.

Se seleccionaron los reactivos con mayor correlación entre cada elemento además el mayor índice de fiabilidad resultando una escala de 15 reactivos de los cuales se obtuvieron 4 componentes, 3 de estos con el mayor número de reactivos; el más importante es el primero que explica el 37.7% de varianza.

Los componentes agrupados como *Enfoque externo*, *Autosacrificio* y *Control interpersonal* comprenden reactivos cuyas características se asemejan las encontradas en una relación codependiente<sup>24</sup>.

Esto puede señalarse tomando en cuenta otros estudios de construcción de instrumentos de codependencia en un grupo específico de personas, tal como la escala de codependencia en enfermeras realizado en Estados Unidos de América en donde se demuestra el resultado con dos componentes, el primero demuestra la varianza de 52% de los reactivos con una consistencia interna de .80.<sup>30</sup>

En otra escala de codependencia para mujeres mexicanas dio también como resultado 4 componentes de los cuales se estimó una varianza de 50.8% en total y una consistencia de 0.92 de alfa de Cronbach.<sup>33</sup>

En la construcción de la escala de codependencia de Argentina<sup>34</sup> Se estudiarón dos tipos de grupos de personas, el primer grupo de participantes convivían con una persona que padecía de trastorno por uso de sustancias. En el segundo grupo eran cuidadores que convivían con una persona que sufría de una enfermedad crónica. Se encontró tres componentes, que explicaron el 40% de la varianza total con un índice de fiabilidad de 0.91.

Los reactivos que se agruparon en el primer factor se refieren a escasa autoconfianza, los que se agruparon en la segunda dimensión a focalización en el otro y los que se reunieron en el tercer factor a actitud complaciente. Con esto podemos analizar que en este estudio igualmente se encontró un componente con reactivos dirigidos a *enfoque externo* como lo es, *focalización en otros* como una dimensión clara de la codependencia, por lo que podría pensarse que será una constante en estudios posteriores de codependencia.

Los resultados permiten afirmar que la escala es un instrumento de tamizaje confiable para detectar los probables casos de relación codependiente en cuidadores de enfermos con AZ. De acuerdo con los principios del modelo de codependencia, los puntajes de mayor codependencia se asociarán significativamente con mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés y disfunción familiar y menores niveles de tendencias narcisistas, autoestima y acciones autocomplacientes <sup>(31)</sup>

Aun así, se remarcan limitantes de nuestra escala ya que a pesar de su alto índice de fiabilidad es necesario realizar estudios con mayor población para llevar a cabo la validación de constructo con análisis confirmatorio y posteriormente determinar

la capacidad del instrumento para diferenciar probables casos de codependencia versus no casos según el punto de corte establecido.

## Capítulo IX

### Conclusión

Los resultados del estudio permiten afirmar que la escala de codependencia para cuidadores de enfermos con Alzheimer es un instrumento con validez de criterio y buena consistencia interna para detectar los probables casos de codependencia en la relación cuidador-enfermo.

Este instrumento podría ser útil como una prueba que filtra la codependencia en los estudios epidemiológicos o para hacer evaluaciones clínicas, lo que permitiría contribuir a detectar la codependencia y evita el deterioro de la salud del cuidador y enfermo al proporcionar un medio para la orientación anticipada y la intervención temprana.

# Capítulo X

## Anexo 1

Formato de escala (previa selección de reactivos) para cuidadores

### Sección 1 -Datos del cuidador

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Parentesco con la persona que cuida: \_\_\_\_\_  
Tiempo de cuidado: \_\_\_\_\_

### Sección 2- Datos de la persona con enfermedad de Alzheimer

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Tiempo de inicio de enfermedad: \_\_\_\_\_  
Marque con una (X) el estado actual del paciente:

---Dependiente total / Semi-independiente / Independiente---

INSTRUCCIONES: Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **respecto al cuidado que da a su enfermo con Alzheimer**. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero asegúrese que la respuesta sea honesta.

- 1.Casi nunca (C NU)
- 2.Algunas veces (A VEC)
- 3.Frecuentemente (FRE)
- 4.Casi siempre (C SI)

	C NU	A VEC	FRE	C SI
Reactivo 1: ¿Usted cree y siente que es responsable por su enfermo con Alzheimer, por sus sentimientos, pensamientos, acciones, decisiones, deseos, necesidades, bienestar o malestar, incluso por lo que le ocurra en el futuro?				
Reactivo 2: ¿Se siente usted instintivamente impulsado a ayudar a su enfermo con Alzheimer a resolver sus problemas, aun cuando el/ella no le haya pedido ayuda?				
Reactivo 3: ¿Se encuentra a usted mismo diciendo sí, cuando en realidad quería decir no, haciendo cosas que realmente no desea hacer, haciendo más que lo que se consideraría una repartición justa del trabajo?				
Reactivo 4: ¿Se siente aburrido(a), vacío(a) y sin valor, si no existe una crisis en su vida, un problema que resolver, o alguien a quién ayudar?				
Reactivo 5: ¿Usted cree que alguien es responsable de cuidarlo y de hacer feliz a su enfermo con Alzheimer?				
Reactivo 6: ¿Usted cree y siente que su enfermo con Alzheimer, o el problema de él /ella está controlando su vida?				
Reactivo 7: ¿Es el sentimiento de culpa quien determina sus prioridades?				
Reactivo 8: ¿Se siente culpable por lo que piensa negándolo constantemente?				
Reactivo 9: ¿Se preocupa usted por su enfermo con Alzheimer hasta el punto donde pierde sueño y no puede relajarse y disfrutar de la vida?				
Reactivo 10: ¿Piensa usted acerca de su enfermo con Alzheimer y de sus problemas más de tres veces por día?				
Reactivo 11: ¿Está usted preocupado por su enfermo con Alzheimer?				
Reactivo 12: ¿Está usted tomando sedantes para poder manejar la ansiedad resultante del cuidado de su enfermo con Alzheimer?				

Reactivo 13: ¿Cree usted que no puede ser feliz hasta que su enfermo con Alzheimer cambie su conducta?				
Reactivo 14: ¿Usted abandona su rutina abruptamente y deja de vivir su vida, porque está muy molesto con su enfermo con Alzheimer?				
Reactivo 15: ¿Usted trata de controlar los eventos y a su enfermo con Alzheimer, a través de alguna de las siguientes situaciones, retirar el afecto, producir sentimientos de culpa, amenazar, dar consejos no solicitados, ejercer manipulación o dominación?				
Reactivo 16: ¿Se siente confundido, desamparado ó algunas veces piensa que se volverá loco a causa de la forma que se ha involucrado en la vida de su enfermo con Alzheimer?				
Reactivo 17: ¿Le permite usted a su familiar con Alzheimer que lo abuse física o emocionalmente?				
Reactivo 18: ¿Está usted abusando emocional ó físicamente a su enfermo con Alzheimer?				
Reactivo 19: ¿Se siente atacado(a) ó a la defensiva cuando otras personas hablan de usted?				
Reactivo 20: ¿Siente que tiene que ponerse furioso(a) y gritar para que lo escuchen?				
Reactivo 21: ¿Busca usted la aprobación de otras personas por su conducta o decisiones?				
Reactivo 22: ¿Trata de probar que usted es suficientemente bueno para otras personas, pero se olvida de preguntarse si esas personas son suficientemente buenas para usted?				
Reactivo 23: ¿Se siente usted atrapado en la relación con su enfermo con Alzheimer?				
Reactivo 24: ¿Culpa a otras personas de las circunstancias de su vida?				
Reactivo 25: ¿Usualmente usted no dice lo que siente?				
Reactivo 26: ¿Usted pide lo que necesita de manera indirecta o muchas veces no habla de eso?				

Reactivo 27: ¿Miente para proteger y cubrir a las personas que quiere?				
Reactivo 28: ¿Esta tolerando conductas que usted ha dicho que nunca toleraría?				
Reactivo 29: ¿Su enfermo con Alzheimer lo ha herido tan profundamente que usted ha perdido su fe espiritual?				
Reactivo 30: ¿Su enfermo con Alzheimer lo ha dañado emocionalmente que ha estado usted pensando en hacer y haciendo cosas para castigar y vengarse de esa persona?				
Reactivo 31: ¿Está la ira de su enfermo con Alzheimer controlando sus acciones? Por ejemplo, invierte mucho tiempo y energía pensando y escogiendo la conducta que será la que menos provocará la ira de esa persona.				
Reactivo 32: ¿Tiene usted dificultades para relajarse y divertirse?				
Reactivo 33: ¿Se siente estancado(a), atrapado(a) y desesperanzado(a), pero se dice a usted mismo que su problema no es tan serio como para necesitar ayuda?				
Reactivo 34: ¿Ha hecho la enfermedad de Alzheimer que usted se separe y se aísle de las cosas y las personas que usted disfruta?				
Reactivo 35: ¿A pensado en el suicidio o ha deseado la muerte como un escape a la enfermedad de Alzheimer?				
Reactivo 36. ¿Cuándo su enfermo con Alzheimer hace algo por usted, usualmente usted se siente culpable?				
Reactivo 37. ¿A veces se concentra en ayudar a su enfermo con Alzheimer hasta el punto de descuidar otras relaciones y responsabilidades?				
Reactivo 38. Seguido pone las necesidades de su enfermo con Alzheimer enfrente de las suyas.				
Reactivo 39. Me gusta ayudar a las personas.				
Reactivo 40. Actualmente me siento estresado y presionado.				
Reactivo 41. No puedo dejar de preocuparme por los				

problemas de mi familiar Alzheimer?				
Reactivo 42. Me enfoco mucho en el cuidado de otras personas				
Reactivo 43. Estoy dejando de lado mi vida por complacer a mi familiar con Alzheimer.				
Reactivo 44. Me he estado sintiendo muy cansado(a) últimamente.				
Reactivo 45. Incluso aunque tenga el dinero y el tiempo, no me siento a gusto si tomo vacaciones.				
Reactivo 46. Contengo mis sentimientos, porque no quiero herir a mi enfermo con Alzheimer o hacer que piensen mal de mí.				
Reactivo 47. Cuando un familiar o amigo cercano me pide ayuda siempre digo que si.				
Reactivo 48. Me encanta enfrentar nuevos problemas y soy bueno encontrando soluciones.				
Reactivo 49. Me preocupa mi salud.				
Reactivo 50. Estar solo(a) es un problema para mí.				
Reactivo 51. Yo siempre pongo las necesidades de mi enfermo con Alzheimer antes que las mías.				
Reactivo 52. No puedo poner mis necesidades antes que mi enfermo con Alzheimer, creo que es egoísta.				
Reactivo 53. No importa lo que pase, mi enfermo con Alzheimer es primero.				
Reactivo 54. Es mi responsabilidad dar mi energía para ayudar a mi enfermo con Alzheimer.				
Reactivo 55. Yo vivo bajo los estándares de otra gente.				
Reactivo 56. Usualmente me culpo por todo.				
Reactivo 57. Creo que mi salud no es buena, comparada con mis amigos.				
Reactivo 58. No estoy de acuerdo acerca de cómo mi familia enfrenta los problemas.				
Reactivo 59. Usualmente hago cosas que les corresponde a otros miembros de mi familia.				
Reactivo 60. Aparento estar feliz, aunque me sienta mal.				

# Capítulo XI

## Bibliografía

### Fichas Bibliográficas

1. R. Alberca. Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos. Ed. Médica Panamericana; 2002.
2. Strauss ME, Sperry SD. An informant-based assessment of apathy in Alzheimer disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2002 Sep 1;15(3):176-83.
3. Llibre Rodríguez JD, Guerra Hernández M. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista cubana de medicina general integral*. 2002 Aug;18(4):264-9.
4. Cerquera-Córdoba AM, Galvis-Aparicio MJ. Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. *Persona y bioética*. 2013 Jun;17(1):85-95.
5. Tobaruela González JL. Manejo no farmacológico de los síntomas conductuales asociados a la demencia. *Alzheimer*. 2007(36):21-9
6. Pérez Perdomo M. Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2008 Sep;7(3):0-.
7. Fuentes P. Enfermedad de Alzheimer: una nota histórica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2003 Nov;41:9-12.
8. Espín Andrade AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008 Sep;34(3):0-.
9. Espín A. Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Facultad de Salud*. 2011;3(1):9-19.
10. Aparicio M, Sánchez M, Díaz J, Cuellar I, Castellanos B, Fernández M, De Tena A. La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2008.
11. Cerquera Córdoba AM, Pabón Poches DK, Uribe Báez DM. Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*. 2012;29(2).

12. Arango-Laspriella J, Rogers H, Fernández-Guinea S. La familia y el cuidador del paciente con demencia y sus recursos. *Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento.* 2003:433-44.
13. Camacho Estrada L, Arvizu H, Yokebed G, Jiménez Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria.* 2010 Dec;7(4):35-41.
14. Mellody P, Miller AW, Miller JK. *Facing codependence: What it is, where it comes from, how it sabotages our lives.* Harper Collins; 2011 Nov 22
15. Piedad Puerta M. Una experiencia de activación de la resiliencia en familias codependientes, *Theologica Xaveriana* 2006 (159),469-494.
16. Cocores J. Co-addiction: A silent epidemic. *Psychiatric Letter.* Fair Oaks Hospital. 1987 Feb;5(2):5-8.
17. Gómez Sanabria A, Gala León F.J, Lupiani Giménez M, Bas Sarmiento P, Guillén Gestoso C, González Rodríguez R, "Aspectos cognitivos de la codependencia: Un estudio comparativo". V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. (1998); 181-183.
18. Jiménez MD, Ruiz CS. Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista española de drogodependencias.* 2008;33(2):145-67
19. Moral Jiménez MD, Sirvent Ruiz C. Codependencia y Heterocontrol Relacional el síndrome de andrómaca. *Revista Española de Drogodependencia* 2010; 35 (2) 120-43.
20. Jauregui I. Codependencia y literatura:La codependencia en la antigüedad clásica. *Revista Española de Drogodependencias.* 2000. 25, 4: 452-477.
21. Mansilla Izquierdo F. Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2002 Mar(81):9-19.
22. Faur P. ¿ Quién cuida a los que cuidan? Codependencia y sobrecarga en familiares de enfermos crónicos. *Revista argentina de Alzheimer y otros trastornos cognitivos.* 2005;6:27-31.
23. Barnetche C, Maqueo E, Martínez B. *Quiero ser libre: De la codependencia a la coparticipación positiva (21ª reimp).* México: Promexa. 1999.
24. Beattie M. *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself.* Hazelden Publishing; 1992.

25. Spann L, Fischer JL. Identifying co-dependency. *The Counselor*. 1990;8(27):27-31.
26. Whitfield CL. Co-alcoholism: recognizing a treatable illness. *Family & Community Health*. 1984, 1;7(2):16-hyhen.
27. Fisher D, Beer J. Codependency and self-esteem among high school students. *Psychological Reports*. 1990 Jun;66(3):1001-2.
28. Beattie M, More CN. *How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*. San Francisco. 1987.
29. Anderson SC. A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*. 1994 Nov 1;39(6):677-85.
30. Allison S. Nurse codependency: instrument development and validation. *Journal of nursing measurement*. 2004 May 1;12(1):63-75.
31. Marks AD, Blore RL, Hine DW, Dear GE. Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology*. 2012 Sep 1;64(3):119-27.
32. Dear GE. The Holyoake Codependency Index: further evidence of factorial validity. *Drug and alcohol review*. 2002 Jan 1;21(1):47-52.
33. Gayol GN, Lira LR. Construcción y validación del instrumento de codependencia para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*. 2002; 25(2):38-48
34. Biscarra MA, Brandariz RA, Lichtenberger A, Peltzer R, Cremonte M. Construcción de una escala de codependencia, *Revista Argentina de ciencias del comportamiento* 2013 5:42-51

## **Capítulo XII**

### **Resumen Autobiográfico**

Mi nombre Seleste Alejandra Garza Fuentes nació el 25 de octubre de 1988 en la ciudad de Monterrey Nuevo León. Mis padres son Maclovio Garza de Alejandro y Ninfa Fuentes García. Me gradué de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2012 de Médico Cirujano y Partero. Realicé el servicio social en la clínica Insurgentes, tanto en consulta externa como encargada del departamento COESIDA. Trabajé en clínicas privadas en consulta externa de urgencias.