

26
2es.

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

266956



" Factores de riesgo que mantienen la codependencia en la conducta alcohólica".

Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología

P R E S E N T A :

ELIA AYLLÓN CARBAJAL.

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. Angelina Guerrero Luna

ASESOR ESTADÍSTICO:

Lic. María de Lourdes Monroy Tello

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A mi madre Elia, mi agradecimiento, por sus constantes estímulos a nivel intelectual y afectivo, y su apoyo en todos los momentos para poder lograr mis metas.

A la memoria de mi padre Alfredo, por los valores transmitidos a nuestra familia y por su generosidad espiritual.

Con amor a Carlos, mi esposo y compañero por tantos años desde preparatoria, por su motivación para impulsarme a continuar mis estudios profesionales.

A mis hermanos Isaías, Alfredo, Angela y Octavio, por su respeto, motivación y afecto tan estimulantes en mi vida, y en especial a mi hermana Angela por su valiosa ayuda en la transcripción de este trabajo.

A mis cuñadas Elia, Isabel y Sandra
con cariño.

Con amor a mis sobrinos Aldo, Elsy,
Merle y al bebé que está por llegar.

A mi querida amiga, Evita, por haber
compartido siempre muchos momentos
importantes de mi vida.

Agradecimientos

A todas aquellas personas ,que me motivaron y mostraron un interés solidario en que se diera termino a este trabajo. Muchas Gracias.

Con cariño a la Lic. Angelina Guerrero Luna por su calidad humana, su apoyo, paciencia y comprensión para dirigir este trabajo y encauzarme hacia el logro de mis metas personales y profesionales. Muchas gracias.

Por su gran calidad humana, profesional, académica, mi respeto, cariño y admiración personal y profesional, como maestros universitarios y por su valiosa ayuda y asesoría en metodología, estadística e informática al Lic. Benito Ramírez Prado y a la Lic. María de Lourdes Monroy Tello. Muchas Gracias.

Mi agradecimiento por su calidez humana, afectiva y sobre todo profesional y académica, a una gran catedrática universitaria, por su guía profesional y personal, por ayudarme a crecer como ser humano y por su riqueza de valores a la Mtra Selma González Serratos.

Al honorable Comité formado por.: Lic. Leticia Echeverría San Vicente, Lic. Jorge Alvarez Martínez, Mtra. Georgina Martínez Montes de Oca y al Lic. Jorge Valenzuela Vallejo, mi agradecimiento por su orientación y guía académica.

Mi agradecimiento al INSAME DIF, por las facilidades prestadas en la realización de esta investigación y principalmente a la T.S. y T.F. Martha Verónica Flores Martínez por su invitación a desarrollar este tema.

Índice

Introducción	1
Factores de riesgo que mantienen la codependencia en la conducta alcohólica	
Resumen	2
Capítulo I Codependencia	3
Antecedentes	3
Concepto de codependencia	9
Características de personalidad	14
Capítulo II Factores de riesgo en la codependencia	20
Concepto de adicción	20
Concepto de factor de riesgo	23
Factor de riesgo individual	23
Factor de riesgo familiar	26
<i>Familia Alcohólica</i>	29
Factor de riesgo social	34
Capítulo III Alternativas de tratamiento	43
Grupos de Autoayuda Al-Anon	43
<i>Los Doce Pasos</i>	44
<i>Las doce tradiciones</i>	49
<i>Los lemas del A.A. y Al-Anón</i>	51
<i>Otras alternativas de tratamiento son las siguientes:</i>	51
Capítulo IV Método	54
Planteamiento del Problema	54
Objetivo General	55
Objetivos Específicos	55
Hipótesis	55
Variables	55
Definición Conceptual de Variables	55
Sujetos	62
<i>Criterios de Exclusión</i>	62
<i>Muestras</i>	62
Tipo de Estudio	62

Instrumento y/o Materiales	62
Procedimiento	63
Análisis Estadístico de los Datos	63
Capítulo V Análisis e interpretación de datos	64
Capítulo VI Conclusiones y discusión.....	76
Limitaciones del trabajo.....	80
Sugerencias	80
APÉNDICES.....	81
Referencias	102

Introducción

En la atención y tratamiento de adictos, frecuentemente se observa, que estos se ven afectados como resultado de estar en contacto con un miembro que presenta una conducta adictiva, desarrollando problemas emocionales. En la mayoría de instituciones y/o agrupaciones, dicha atención se centra en el adicto, dejándose un tanto al margen la del familiar, situación que no permite realizar una labor de prevención, ya que es conocido que la familia es portadora de la salud y de la enfermedad mental y en aquéllas que son disfuncionales las conductas y roles son repetitivos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en nuestro país en 1993 por la Secretaría de Salud, se obtiene "que dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales". De ellos 53.7% está entre los 12 y 18 años y el 70% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres (n-14,914,519 y 13,293,275 respectivamente)"

Los datos anteriores nos señalan, la relevancia que tiene el alcohol como problema social, vinculándolo con el tema que estamos abordando nos hace reflexionar acerca del elevado número de codependientes que hay, de la no existencia de tratamientos simultáneos para superar esta conflictiva, así como también del gran riesgo que se manifiesta dentro de la población adolescente (12 a 18 años).

El interés en realizar esta investigación surge con base en la necesidad de conocer la importancia que se le ha dado a la codependencia como problema de adicción planteándose como objetivo general: Identificar cuales son los factores de riesgo que influyen en el mantenimiento de la codependencia. Abocándose de una manera específica a identificar cuál de los factores de riesgo es el de mayor influencia: sea el familiar, el individual o el social y a desarrollar un instrumento que mida codependencia.

En el primer capítulo de esta tesis se abordará información referente a la codependencia, las características de personalidad que prevalecen, en el segundo capítulo los Factores de Riesgo a nivel individual, familiar y social.

En el tercer capítulo se plantearán algunas alternativas de tratamiento y en el cuarto, el método de investigación. Finalmente en los capítulos quinto y sexto se presentarán los resultados de la investigación, así como la discusión y conclusiones respectivamente.

Factores de riesgo que mantienen la codependencia en la conducta alcohólica

Resumen

La presente investigación está encaminada a conocer cuales son los factores de riesgo que mantienen la codependencia, así como también a determinar alternativas para su prevención y tratamiento.

El interés en el desarrollo de este tema surge con base en las observaciones realizadas en los familiares adictos, quienes presentan problemas emocionales como consecuencia de estar en contacto con un familiar que manifiesta una conducta adictiva.

La mayoría de las veces la atención sólo se centra en el adicto, y son mínimas las acciones destinadas para la pareja y/o la familia del mismo, esto a pesar de que al no dirigirse un tratamiento hacia ellos, los logros que se obtienen son muy reducidos y las recaídas del paciente son muy frecuentes.

Como instrumento se pretende utilizar un cuestionario para detectar la conducta codependiente en los familiares de adictos que acuden a los Grupos Al-Anón, al CENCA, a los que asisten al Programa de Farmacodependencia del INSAME DIF y aquellos que reciben atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

El análisis de datos será descriptivo y la presentación de resultados se efectuarán mediante cuadros de datos y gráficas.

Es importante señalar, que esta investigación se llevó a cabo en forma conjunta con el Programa de Farmacodependencia del INSAME DIF.

Capítulo I Codependencia

Antecedentes

Se tienen referencias, de que muy probablemente desde el inicio de las relaciones humanas comenzaron a surgir los co-adictos o codependientes, porque siempre en la convivencia diaria se generan problemas y es muy común que algún familiar se preocupe por los conflictos de otros e intente colaborar en la resolución de los mismos.

Dentro de la historia de la codependencia, encontramos datos que se relacionan estrechamente con el surgimiento de los Grupos de A.A., éste es el caso de los Grupos Al-Anón, los cuales (según se refiere en el Folleto de Grupos Al-Anón: Entonces y Ahora; una breve historia), aproximadamente iniciaron sus actividades en el año de 1935, después de que los familiares de alcohólicos que asistían a las sesiones de A.A. se percataron de que también recibían ayuda al tratar de seguir el Programa de Doce Pasos, y de manera sistematizada en 1951.

Estos Grupos fueron formados principalmente por las esposas de alcohólicos, quienes presentaban problemas emocionales como resultado de la conducta alcohólica de su esposo o de alguno de sus familiares.

Dichos Grupos se denominaron Al-Anón y su función ha sido proporcionar ayuda a familiares de alcohólicos, principalmente a los más allegados (madres y esposas), los cuales presentaban sentimientos de culpa, angustia, temor e inseguridad ante la conducta alcohólica de su familiar.

Por el año de 1954, señalan Castro Ramírez y Rodríguez Agundis, Al-Anón se establece como organización, en este mismo año la Comisión Directiva General forma una organización de tipo legal llamada "The Al-Anón Family Group Headquarters, Inc." (Oficina de los Grupos Familiares).

En 1957 un adolescente inicia un grupo de jóvenes de edades similares, sus padres asistían a AA y a Al-Anón, denominándose Alateen.

En 1970 se instituyen los 12 conceptos de servicio, que explican la estructura de Al-Anón y al igual que AA se rigen por tres legados: Recuperación (los doce pasos), Unidad (las doce tradiciones) y Servicio (los doce conceptos).

Actualmente, la oficina de servicio mundial (OSM) que es la oficina sede tiene inscritos más de 24000 grupos Al-Anón y Alateen. Se habla de más de 3500 grupos en el extranjero.

A medida que los Grupos antes señalados fueron adquiriendo auge al adoptar el programa de doce pasos, su plan de acción se hizo extensivo hacia los jóvenes (Grupos Alateen) y niños (Grupos Al-Ato), al resultar afectados por la ingesta alcohólica de alguno de sus progenitores y/o familiares.

En este apartado no abordaremos los doce pasos de A.A., ni sus doce tradiciones, doce conceptos y lemas de A.A., sino que serán detallados al señalar los Grupos de Autoayuda. Haremos énfasis en los Grupos Al-Anón y la Codependencia.

Los Grupos Al-Anón como una forma de dar a conocer explícitamente toda la situación que viven los familiares del alcohólico, elaboraron en 1986 un Folleto titulado "Un Carrusel llamado negación", el cual describiremos a continuación:

A través de una imaginaria obra teatral señala como las personas en la vida del alcohólico perduran en la enfermedad y estorban su recuperación. Propone los pasos que deben ser dados por estas personas así como también por el alcohólico para emprender un programa positivo de recuperación.

"El alcoholismo es un drama en tres actos, en el que toman parte por lo menos cuatro personajes: el bebedor y su familia, los amigos, los compañeros de trabajo y hasta los consejeros, quiénes pueden contribuir a mantener girando el carrusel.

En el alcoholismo rara vez aparece una persona sin que afecte a otras; es extraño que continúe aislado de los demás. Un individuo bebe mucho y se emborracha, y los demás reaccionan contra la borrachera y sus consecuencias. El bebedor responde a esta reacción y vuelve a beber. Esto establece un carrusel de culpa y negación, semejante a una espiral hacia abajo, lo cual caracteriza al alcoholismo".¹

Señalan que para comprender el alcoholismo debemos no sólo observar al alcohólico, sino también a sus familiares y personas con quiénes interactúa como si estuviésemos en una obra teatral.

La obra que plantean la dividen en tres actos:

Primer Acto

El alcohólico considera que nadie le puede decir lo que debe efectuar, sino que es él quien da las órdenes; a pesar de que sabe que la ingesta alcohólica le está afectando no discute este aspecto. No se establece una comunicación abierta y directa, sino que se dice una cosa y se realiza otra, por lo cual la palabra clave del alcoholismo es "Negación" porque se niega lo que se ha llevado a cabo o no se cumple lo que se propone.

¹ Folleto. Un Carrusel llamado negación. Grupos Al-Anón. México 1986.

Segundo Acto

En este acto, la actitud del alcohólico es de pasividad y espera que las personas que le rodean se dediquen a hacer todo por él. Participan aquí los otros personajes, asumiendo los siguientes roles:

El Propiciador.- Este personaje es representado tanto por un familiar, como por una amistad e inclusive lo desempeñan profesionistas: abogados, médicos, trabajadores sociales y sacerdotes, quiénes la gran mayoría de las veces ignoran los conocimientos científicos respecto del alcohol y alcoholismo y su colaboración resulta igual que la del propiciador, no profesional. Se menciona que esta ayuda puede ser compulsiva como la bebida.

La Víctima.- Este rol suelen desempeñarlo un sinnúmero de personas como pueden ser jefes o patrones, socios de negocios, amistades o compañeros de trabajo.

El Provocador.- Esta es la persona clave en la obra y es representado por la esposa, madre, padre o persona con quien reside el alcohólico. Principalmente lo ejercen la madre y la esposa y se señala que son las que tienen más tiempo desempeñando esta función, por lo tanto están acostumbradas a sacrificarse, a presionar para obtener cambios, no se dan por vencidas, ni olvidan sus propósitos. El alcohólico en esta etapa considera que sus errores deben ser aceptados, pero quien nunca debe de fallar es el personaje provocador, por este motivo se dice “que es el arreglalo todo” porque da solución a los conflictos causados por la ingesta alcohólica.

“En el primer acto el alcohólico eliminó todos sus dolores y miserias emborrachándose; en el segundo acto los problemas y los resultados dolorosos de sus borracheras son resueltos por otras personas, todo esto convence al alcohólico de que puede seguir comportándose indefinidamente en forma tan irresponsable”.²

Tercer Acto

Se inicia de la misma forma que el primer acto, pero se agregan las acciones del primero y segundo. Aquí se incrementa la necesidad de negar su dependencia y no acepta que la ingesta alcohólica le está generando problemas.

Dentro de los Grupos Al-Anón han analizado todo el proceso que se genera en el alcohólico y las repercusiones que se provocan en su grupo familiar y para ellos, la Etapa de Recuperación comienza en el segundo acto y están convencidos de que se le puede proporcionar ayuda sin que lo solicite y que no se va a eliminar el consumo del alcohol sin antes brindar tratamiento a las repercusiones dolorosas que consigo lleva la bebida.

También han detectado, que la persona se convierte en provocadora porque tolera todas las situaciones que se generan por la conducta alcohólica de su cónyuge y esta actitud la torna con incapacidad para enfrentarse objetivamente a la solución de este problema, convirtiéndose en una parte de la enfermedad que aqueja a su pareja.

Una de las primeras actividades de los Grupos Al-Anón, es proporcionar orientación e información a las familias acerca del Alcoholismo; posteriormente, proponen alternativas para que los familiares aprendan a afrontar sus problemas y a intentar lograr un cambio en su forma habitual de actuar.

La tarea primordial de estos grupos es modificar las actitudes que prevalecen en los familiares al estar en contacto con un miembro alcohólico y, a enfrentarse con serenidad a este problema.

Podemos simplificar lo antes señalado de la siguiente manera:

El alcohólico bebe.

El co-adicto reacciona suplicando al alcohólico.

El alcohólico responde a la súplica bebiendo más.

Castro Ramírez y Rodríguez Agundis (1988), señalan “que al intervenir el Programa de Al-Anón, las esposas aprenden otras maneras de descargar su hostilidad, analizando y descubriendo sus causas. En este aspecto practican cinco guías hacia la comunicación:

² Ibid

- 1.- Discute, no ataques.
- 2.- Mantén la voz suave y agradable
- 3.- Escucha sus quejas.
- 4.- No hagas demandas.
- 5.- Manténte en el tema.

Así mismo, discuten y analizan las posibles actitudes en que una esposa puede caer en la relación con su cónyuge alcohólico: la específica, la dominadora, la castigadora y la mártir, los cuales describen a continuación:

La Específica Prevalece en la pareja no alcohólica una actitud de duda acerca de la voluntad de su cónyuge para abstenerse del alcohol. Esta actitud provoca conflictos en el área sexual.

La Dominadora La esposa se ha acostumbrado a ejercer la autoridad en el hogar y al estar su pareja sobrio le es difícil distribuir las funciones que a él le corresponden.

La Castigadora La esposa o madre se conceptúan "Buenas" y al miembro alcohólico lo consideran "el malo". Esta actitud fomenta la conducta alcohólica y propicia que persista el alejamiento en la pareja.

La Mártir Esta actitud, está muy vinculada con la dominadora. Aquí la esposa resuelve todo, menos sus conflictos personales, ni el problema de su pareja.

La Exigente Persiste una actitud de reproches constantes hacia el miembro alcohólico y aunque elimine la ingesta, prevalecen los conflictos a nivel de pareja.

Las personas que acuden a los Grupos Al-Anón son:

- La esposa o familiar de algún alcohólico rehabilitado que asiste a A.A.

- Los familiares de un alcohólico que asiste a los Grupos de A.A., pero que aun presenta recaídas.
- Los familiares de un alcohólico que aun se resiste a aceptar ayuda.

Podemos observar, que los Grupos Al-Anón nos aportan datos muy importantes sobre codependencia y que han analizado minuciosamente la conducta alcohólica y el rol de los familiares y personas que interactúan con él.

En el siguiente apartado abordaremos diferentes conceptos de codependencia, así como también de investigaciones que hablan sobre este tema.

Concepto de codependencia.

De manera simultánea al problema de alcoholismo, diversos profesionistas fueron manifestando interés por la forma en que esta enfermedad dañaba a los miembros de la familia, a la cual denominaron codependencia. Este término surge en la literatura de Salud Mental en la década de los setentas, dentro de los programas de tratamiento para alcohol y drogas, principalmente en el tratamiento de alcohólicos; a continuación citaremos algunas definiciones.

“Robert Subby y John Friel en un artículo del libro *Co-dependency, An Emerging Issue*, escribieron: originalmente se usó para describir a la persona o las personas cuyas vidas se veían afectadas como resultado de su relación cercana con alguien que tiene una dependencia química; el cónyuge o hijo o amante codependiente de alguien químicamente dependiente era visto como una persona que había desarrollado un patrón para contener con la vida del que no era sano, como una reacción hacia el abuso del alcohol o de las drogas que hacía otra persona”.³

Posteriormente, Robert Subby escribió que codependencia es “un estado emocional, psicológico y conductual que se desarrolla como resultado de que un individuo haya estado expuesto prolongadamente a, y haya practicado, una serie de reglas opresivas, reglas que previenen la abierta expresión de sentimientos al igual que la discusión abierta de problemas personales e interpersonales”.⁴

“Earnie Larsen, la define como: esas conductas aprendidas, autoderrotantes, o defectos de carácter que producen una disminución en la capacidad de iniciar o de participar en relaciones amorosas”.⁵

Algunas definiciones de codependencia describen la causa, otras los efectos, otras la condición general, los síntomas y otras el dolor emocional. La codependencia es compleja y difícil de definir. Varios profesionales han considerado que puede ser una enfermedad, otros dicen que es una reacción normal hacia gente normal.

“Cermak en 1986, entiende la codependencia como una enfermedad de las relaciones intra o interpersonales. La concienciación y conceptualización de este fenómeno que se ha dado en llamar codependencia, es importante para entender y llamar al enfermo alcohólico y a su familia en su proceso de re-equilibrio y rehabilitación. Por el contrario, pasar por alto toda esta dinámica patológica significa mantener un clima proclive a la recaída, la cual ha llegado a interpretarse por algunos como una dependencia no tratada”.⁶

³ Beattie Melody, Ya no seas codependiente. Edit. Hazelden Promexa. México, 1991, 331 p.p.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Rodríguez Martos Dauer Alicia. *Manual de Alcoholismo, para el médico de cabecera*. Edit. Salvat, Barcelona, España, 1989, 335 p.p.

"Gierynski y Williams (1986), consideran que los familiares de alcohólicos tienden a padecer problemas emocionales de grado y expresividad variables, cuya delimitación como entidad clínica no es suficientemente clara para poder conceptualizarla con solidez, pues aunque conocido en la práctica, la investigación acerca del impacto del alcoholismo sobre la familia es incipiente todavía".⁷

Rodríguez-Martos (1989), señala "que el concepto de codependencia es un concepto nuevo para recoger una realidad vieja; éste se ha querido englobar en la categoría de "trastorno mixto de personalidad" (301.89 del D.S.M. III): individuo que no es encuadrable dentro de un trastorno único de personalidad, pero que tiene marcados rasgos de varios trastornos de personalidad". En el D.S.M. IV 301.9, se ubica como trastorno de la personalidad no especificado.

Eduardo Kalina (1990), define como "co-adictos a aquel o aquellos parientes o amigos que se dedican a corregir, cuidar, salvar, curar, etc. al adicto. Esto se debe a que se involucran en todas las aberraciones de la vida del mismo, como las conductas repetitivas, adictivas, o de otro tipo, que a veces son hasta peligrosas para la integridad física y social de ambos, sufriendo y frustrándose por los reiterados fracasos".

El autor previamente citado señala "que no existe una patología específica en las personalidades de los "co-adictos", pero en los casos estudiados se encontraron trastornos en las áreas de la afectividad (distimias), ansiedad, pánico y rasgos obsesivos compulsivos, etc."

Para Melody Beattie (1991), codependencia "es la manera en que la enfermedad afecta a otros miembros de la familia; una persona codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte, y que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona; expresa que es primordialmente un proceso de reacción. Asimismo señala que algunos profesionales consideran la codependencia una enfermedad porque los codependientes están reaccionando a una enfermedad tal como el alcoholismo, es progresiva; lo que empezó como una pequeña preocupación puede disparar el aislamiento, la depresión, una enfermedad física o emocional y fantasías suicidas. Menciona que puede no ser una enfermedad, pero puede enfermarte".

Janice Haaken (1990), manifiesta: "Codependencia es un término diagnóstico que ha aumentado su uso en el ambiente clínico y de autoayuda, generalmente se refiere a una identidad particularmente común entre mujeres, basado en el custodio y en una excesiva responsabilidad por los demás; psicodinámicamente la literatura de codependencia está conceptualizada como una consistente penetración contenida en la teoría de la corriente psicoanalítica sobre el fenómeno interpersonal y patología del carácter".

⁷ Ibid

Esta literatura expresa el dolor, angustia e invalidez combinada con una abrumante y fastidiosa responsabilidad por otros, que domina la vida de muchas mujeres. Asimismo considera que se refiere a un patrón general de comportamiento, un desorden de personalidad basado en la responsabilidad por otros; la codependencia origina una tendencia común en hijas de familias "disfuncionales", a compensar sus inadecuaciones paternas, convirtiéndose en paternalistas y desarrollando una excesiva sensibilidad a las necesidades de otros; asimismo plantea las privaciones emocionales de mujeres particularmente en sus relaciones con hombres, y de la experiencia de encontrar gratificación y un sentido de fuerza directa que Hochschild (1983) refiere como "trabajo emocional" manejando los sentimientos de otros. Plantea que codependencia converge con otras enfermedades tales como la "adicción del amor".

La persona codependiente evidencia su enfermedad por medio de hacerse responsable de los sentimientos y bienestar de otros, en las relaciones interpersonales.

También Janice Haaken realiza una crítica a la literatura de codependencia, en la que señala la existencia de una tendencia para hablar de factores de desarrollo asociados en mayor o menor grado de integración del ego y la capacidad de relación del objeto; respecto de la patología agrega que los codependientes están inhabilitados para desarrollar fronteras emocionales y falta señalar las identificaciones positivas y experiencias de desarrollo que coexistan con la patología, es decir, para esta autora se carece aun de un adecuado planteamiento de la conflictiva que se presenta a nivel emocional, a fin de detectar los patrones de conducta desviados.

Para María Esther B. De Castillo et al (1994) "La codependencia está siendo reconocida por algunas compañías de seguros como una enfermedad primaria que tiene un determinado curso y un fin predecible. Está sostenida e impulsada por nuestra cultura.

La relación funciona como una adicción y se espera que llene las necesidades de las personas involucradas. Cuando la relación se termina la persona busca enseguida otra con quien relacionarse de la misma manera.

Los codependientes poseen las características de los adictos y muchas veces manifiestan además otras adicciones.

Lo que no percibimos es que nuestra sociedad propicia y alimenta este tipo de relaciones adictivas.

Consideran la codependencia como una adicción a las relaciones"

Terry Kellog (1990), especialista en adicciones "Habla de cómo las relaciones codependientes van de un extremo a otro. Por un lado está la relación confusa, enmarañada, entremezclada, y por el otro la no-relación, el aislamiento. Se va de un extremo a otro y ambas posiciones son igualmente destructivas. Afirma que la codependencia se distingue por la falta de relación con uno mismo, por eso buscamos relacionarnos de una manera enfermiza con los demás. En el fondo de la codependencia, como en el fondo de todas las adicciones hay un inmenso vacío".

Ambos autores coinciden en que la codependencia puede ser conceptualizada como una adicción a las relaciones, es decir a mantener relaciones patológicas.

Aronowitz S.D (1993), señala dentro de la teoría psicoanalítica "que es una forma inconsciente del proceder conductual que favorece la persistencia del trastorno de un objeto; siempre y cuando este trastorno sea utilizado inconscientemente en las perturbaciones del desarrollo emocional del sujeto. La codependencia opera en cualquier tipo de trastornos del objeto que cumpla esta función en el sujeto, pero es más notoria y evidente cuando se trata de adicciones y alcoholismo. Sus causas siempre se remiten a la historia de las relaciones objetales".

Por otro lado, Judith L. Fischer, Linda Spann y Duane Crawford quienes están afiliadas al Departamento de Desarrollo Humano y Estudios de Familia, de la Universidad de Texas, en 1990 realizaron una investigación sobre la medición de la codependencia, definiéndola como "un patrón disfuncional en las relaciones con otros, caracterizado por: un enfoque exagerado fuera de uno mismo, falta de expresión abierta de los sentimientos y desconocimiento personal derivado de las relaciones con otros, o bien una sensación de insatisfacción en las relaciones.

La escala de codependencia desarrollada de esta definición asume que las características llevan de una continua disminución de correspondencia con el individuo a un alto grado de parecido con la persona".

La escala de codependencia de Spann-Fischer está constituida de la siguiente manera:

"Instrucciones: lea estas afirmaciones y ponga el número que mejor le describa: 1. Fuertemente en desacuerdo, 2. Moderadamente en desacuerdo, 3. Ligeramente en desacuerdo, 4. Ligeramente de acuerdo, 5. Moderadamente de acuerdo, 6. Fuertemente de acuerdo", (Se señala que para obtener una medición, invierta la calificación del punto 5 y 7 y súmelos).

Reactivos

- 1.- Me es difícil tomar decisiones.
- 2.- Me es difícil decir no.
- 3.- Me es difícil aceptar los cumplidos.
- 4.- A veces casi me siento aburrido si no tengo problemas.
- 5.- Suelo no hacer cosas por gente capaz de hacerlas por sí mismo.
- 6.- Cuando hago algo bueno para mí mismo, me siento culpable.
- 7.- No me preocupo mucho.
- 8.- Me digo a mí mismo que las cosas mejorarán si la gente que me rodea cambiara lo que hace.
- 9.- Frecuentemente en mis relaciones la gente puede contar conmigo y yo no con ellos.
- 10.- Frecuentemente me centro en una persona descuidando todo lo demás.
- 11.- Suelo tener relaciones perjudiciales para mí.
- 12.- Generalmente no me muestro tal como soy.
- 13.- Cuando algo me molesta lo guardo y exploto de vez en cuando.
- 14.- Trato de evitar los conflictos abiertamente.
- 15.- Suelo tener la sensación de terror o de destino inminente.
- 16.- Suelo poner las necesidades de otros frente a las mías.

La población a quienes se aplicó la escala fueron organizados en 5 grupos, los cuales se describen a continuación:

- 1.- 192 estudiantes, 74 hombres y 118 mujeres.
- 2.- 228 estudiantes, 88 hombres y 140 mujeres.
- 3.- 218 estudiantes, 76 hombres y 142 mujeres.
- 4.- 30 miembros de Al-Anón (Grupo de Recuperación), y
- 5.- 14 pacientes considerados por sí mismos como codependientes buscando ayuda.

La edad de los estudiantes fluctuaba alrededor de los 20 años, su nivel educativo era de licenciatura y maestría. Su raza era blanca y religión protestante o cristiana.

Los resultados obtenidos se refieren confiables. El primer grupo tuvo un alfa cronbach de .77, el segundo de .73, el tercero de .80. El promedio de codependencia fue de 52.32 en el primer grupo, 51.55 en el segundo, y 51.99 en el tercero, lo cual sugiere que el nivel de confiabilidad va a presentarse en cada grupo y que grupos con características parecidas van a dar resultados similares en la escala.

Spann y Fischer concluyen que:

“La escala de codependencia puede usarse para asistencia de identificación de personas cuyas calificaciones lo plantean en riesgo de disfunciones psicológicas e interpersonales. La codependencia puede convertirse en una parte de tratamiento de terapia familiar, un plan que debe incluir atención en un programa de doce pasos unido a la terapia (Young, 1987). Sin embargo, datos adicionales y validación se necesitan antes de que podamos identificar con precisión los niveles de codependencia que son extremadamente elevados o problemáticos. El segundo objetivo aparte de desarrollar la escala fue ser capaces de tener un progreso en el tratamiento y el programa de recuperación.

Continúan realizando un trabajo adicional para poder identificar progresos significativos en la recuperación de la codependencia así como su desarrollo en familias estresadas y otras relaciones (Thomas y Santa, 1982).

El tercer fin al construir la escala fue abrir posibilidades de investigación. Algunas áreas de investigación incluyen: investigación de artículos de terapeutas con codependencia y clientes codependientes (Friesen y Casella 1982); estudio de patrones intergeneracionales y transmisión de codependencia, examinación adicional de dinámicas interpersonales de codependencia familiar y otras relaciones estrechas y muestras de intervenciones en relaciones codependientes (Prest y Storm, 1988).⁸

Se optó por incluir esta escala porque es el único dato referente a una investigación sobre esta área, en la que sus limitaciones son evidenciadas dentro de las conclusiones.

En general podemos decir, que tomando como referencia las definiciones dadas por los autores la mayoría conceptualiza a la codependencia como una enfermedad de las relaciones interpersonales basada en el cuidado, control y deseo de que otras personas cambien, dejando a un lado sus intereses y motivaciones para cubrir metas en la vida; se ubica dentro de una patología de la personalidad, aunque aun hace falta delimitar a cual corresponde, sólo se enfatiza que la convivencia diaria con un adicto afecta a la personalidad de su pareja; también se menciona que desde la familia de origen no existió un vínculo adecuado con la figura paterna y el problema se centra en las relaciones de objeto. Por otro lado, se refiere que es una adicción a las relaciones y que prevalecen en ellas características similares a los adictos.

Características de personalidad.

Como previamente habíamos señalado, el término de codependencia ha sido citado por algunos autores como una palabra nueva para tratar de definir a un problema viejo, cuyos antecedentes se considera que fueron desarrollándose en forma simultánea al consumo de sustancias adictivas.

⁸ Fisher, Spann, Crawford, Measuring Codependency. Alcoholism, Treatment Quarterly, Vol. 8 (1), 1991, 87-100 págs.

Poco a poco los profesionales de la salud mental fueron percatándose de que las esposas y los familiares del adicto presentaban algunas alteraciones en su personalidad como consecuencia de la convivencia continua con esta persona.

Recordaremos que la Personalidad, según Allport (1961) "es la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos"; y para Sarnoff (1962) "son los rasgos y disposiciones relativamente perdurables del individuo que, a lo largo del tiempo se han consolidado hasta constituir un patrón que lo distingue de otros individuos".

De esta forma surgen diversas investigaciones encaminadas a conocer la influencia que ejercían los familiares y/o esposa en la conducta adictiva de su paciente; los resultados que se han obtenido han sido variables, ya que algunos la ubican como culpable, otros como víctima y algunos más, no encuentran que tenga una participación relevante en la ingesta alcohólica de su pareja.

John B. Rae efectuó una investigación en la cual aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a las esposas de alcohólicos y detectó que aquellas cuyo perfil evidenciaba desviación psicopática constituían un obstáculo en el tratamiento de su esposo; posteriormente dicho autor junto con J. Drewery amplían su trabajo intentando detectar los patrones de relación que se establecían en los matrimonios alcohólicos y concluyen que sólo en el caso de que la esposa no encuadre en dicho perfil, va a establecer patrones de relación similares a los que prevalecen en parejas no alcohólicas.

Wiseman se abocó a investigar los esfuerzos de la esposa del alcohólico al intentar dar solución al problema durante sus primeras fases y detecta conductas que la conceptúan como víctima, villana y promotora de la enfermedad, aunque estos no eran sus deseos.

Castro Ramírez y Rodríguez Agundis (1988) señalan que la sociedad ha otorgado un doble papel a la mujer: el de protección y sumisión y que a pesar de que la mujer absorbe las responsabilidades de su pareja, es etiquetada como castrante y dominadora.

En diversos trabajos de tesis se han realizado estudios referentes a aspectos psicológicos y de carácter presentes en las esposas de alcohólicos, citaremos a continuación algunos de ellos.

Sánchez Aspe (1976) realiza una investigación encaminada a conocer rasgos de personalidad y aspectos socioculturales en las esposas de alcohólicos de nivel socioeconómico bajo, para lo cual aplica un cuestionario, un test de inteligencia (WAIS) y el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), concluyendo que "al menos en el estrato socioeconómico bajo de la población urbana de la Ciudad de México, las características de personalidad no son determinantes en el desarrollo, permanencia o agravamiento del alcoholismo de sus esposos".

Medina Escartín y Reyes Duarte (1988), hacen un análisis de la dinámica que prevalece en la familia alcohólica y proponen un curso de orientación con un marco teórico específico y concluyen "que se puede asegurar que la esposa de un alcohólico adapta su conducta a la del esposo lo cual resulta contraproducente la mayoría de las veces, tanto para el alcohólico como para ella. Sea cualquiera la causa la que provoque el alcoholismo, la esposa reacciona con tensión, la cual sirve para mantener la conducta alcohólica del esposo".

Así concluyen que la esposa del alcohólico necesita un tratamiento específico para su conducta disfuncional, al igual que el bebedor necesita un tratamiento para su problema. Una modificación acertada de la conducta de la esposa puede contribuir bastante al éxito de cualquier tratamiento al cual se someta el alcohólico, y señalan que el alcohólico surge en familia y si ésta no sabe detectar el problema a tiempo, ni sabe como tratar a la persona ¿cómo entonces se puede controlar el problema?

Castro Ramírez y Rodríguez Agundis (1988), realizan un análisis del estudio caracterológico y señalan "que el carácter de la esposa cuando se caracteriza por las orientaciones receptiva y explotadora negativas, así como por sadismo y autoritarismo, se encuentra relacionado con la presencia de alcoholismo activo en sus cónyuges".

Otras investigaciones enfocan aspectos socioculturales y han detectado que a nivel general la mujer presenta conductas significativas influenciadas por el ambiente cultural en que se desarrolló, más que por sus características específicas y diferenciales.

Podemos observar que en las investigaciones previamente citadas, se especifica que el carácter o rasgos de personalidad de la esposa y/o madre, influyen en el alcoholismo de su familiar, y que ellas presentan problemas emocionales; sin embargo, hasta ese momento no se definía el término de codependencia, tal como aquí lo estamos manejando y más aún, el que ha llegado a considerarse por algunos profesionales como una enfermedad.

Los profesionales que se han abocado al estudio de la personalidad del codependiente, han encontrado que sus síntomas, conflictos y sus formas de reaccionar son similares, incluso han descrito sus características, como ejemplo citaremos las que Rodríguez/Martos ha detectado:

- 1.- Disminución continua de autoestima con respecto a la propia capacidad de controlar sentimientos y la conducta propia y del otro.
- 2.- Sentirse responsable de las necesidades del otro, anteponiéndose a las propias.
- 3.- Ansiedad en las relaciones del sujeto dependiente.
- 4.- Alianzas distorsionadas.
- 5.- Represión y/o eventual descontrol emocional.
- 6.- Eventual abuso de sustancias psicoactivas, transitorio o sostenido durante más de dos años.

"Edwards Griffith (1986), comenta que en algunas investigaciones se ha propuesto que las reacciones de la esposa pasan a través de una serie predecible de etapas. Menciona las siguientes fases o estrategias:

1. **Rodeo:** se limitan hasta donde sea posible los contactos y los esposos se esquivan emocional y físicamente.

2. **Ataque:** la esposa trata de controlar la conducta de su esposo con regaños, gritos, amenazas de abandono e incluso en ocasiones lo agrede físicamente o le tira el licor.
3. **Manipulación:** Se incluyen varias conductas, tales como tratar de avergonzar al bebedor; para esto la mujer demuestra su angustia y subraya el sufrimiento de los hijos y se embriaga a propósito para mostrarle cómo se ve.
4. **Mimos:** La mujer cuida de su esposo en las resacas, mantiene la cena caliente para él, ya sea que esté ebrio o sobrio, o le promete tratos especiales si el mejora su conducta.
5. **Manejo constructivo:** La esposa mantiene su dignidad, protege y cuida a la familia, asegurándose de que las finanzas del hogar estén en el mejor orden posible mientras ella va a trabajar. Se asegura de que a los hijos no les falte nada, ella misma pinta y arregla todo.
6. **Búsqueda de ayuda constructiva:** Se caracteriza por el hecho de que la mujer va a visitar al médico familiar y le pide que hable con su esposo, se entera de la existencia de A.A. y deja folletos en varias partes de la casa para que su esposo los lea, o ella lee libros sobre alcoholismo.⁹

Eduardo Kalina (1990) señala "que no existe una patología específica en las personalidades de los co-adictos (es decir aquel o aquellos parientes o amigos que se dedican a corregir, cuidar, salvar, curar, etc. al adicto), pero en los casos estudiados se encontraron trastornos en las áreas de la afectividad (distimias), ansiedad, pánico y rasgo obsesivo-compulsivos, etc. Incluye en esta nueva nosología a las personas que reúnen las siguientes características:

- a.- Permanecer durante prolongados periodos de tiempo (más de un año) en íntima relación con un adicto, sin buscar tratamiento, ni ningún apoyo externo.
- b.- Invertir tiempo y energías acompañando e intentando controlar las conductas aberrantes del adicto, con las consecuentes frustraciones ante los resultados adversos que obtiene.
- c.- Postergar las propias necesidades y deseos en función de atender las del adicto.
- d.- Luego de estar con el adicto tres o más meses, presentar por lo menos cinco síntomas de esta lista:

⁹ Griffith Edwards. Tratamiento de Alcohólicos. Edit. Trillas. México, 1986, 1ª Edición, 343 p.p.

1. Mostrar trastornos en el sueño o en la alimentación y en los estados de ánimo.
2. Asumir responsabilidades por los adictos.
3. Encubrir y proteger al adicto.
4. Controlar y esconder el dinero y las chequeras, rechazar tener vida sexual con los adictos, controlar y esconder las bebidas alcohólicas, etc., todas medidas destinadas a evitar las actuaciones adictivas.
5. Realizar constantes demandas y exigencias al adicto para que disminuya o pare sus actuaciones, a pesar de las claras evidencias de que fracasa y no puede hacer lo que se le reclama.
6. En consecuencia, sentirse heridos, deprimidos, con sentimientos de soledad: enojados, frustrados y hasta culpables.
7. Presentar exacerbados problemas físicos y/o psicossomáticos que ya tenían, como ser: dolores de cabeza, tensiones musculares, trastornos gástricos, hipertensión arterial, artritis, etc.
8. Alejarse de sus amistades y en general de su ambiente social por temor o vergüenza a las situaciones que les suelen hacer pasar los adictos.
9. En muchos casos haber pasado por estas situaciones durante su infancia o adolescencia por alguno de sus padres, parientes o amigos.
10. Presentar excesiva tolerancia ante los abusos físicos y emocionales por parte del adicto.

Melody Beattie (1991), señala las siguientes características que presentan este tipo de personas: "solicitud, baja autoestima, represión, obsesión (ansiedad), control, negación, dependencia, comunicación débil, culpan, amenazan, ejercen coerción, suplican, sobornan, aconsejan, no dicen lo que sienten, no sienten lo que dicen, no saben lo que sienten, no se toman muy en serio a sí mismos o lo toman muy en serio, límites débiles (dicen que no tolerarán a los demás y lo hacen), falta de confianza, ira, problemas sexuales, miscelánea (son extremadamente responsables, se vuelven mártires, tienen respuestas positivas y negativas a la codependencia, lloran, se sienten lastimados o desamparados o bien se muestran violentos y dominantes); progresiva (señala que en etapas tardías de codependencia pueden sentirse alestargados, deprimidos, retirarse y aislarse, abusar de sus hijos o ser negligentes, sufrir enfermedad mental o física de gravedad, experimentar trastornos en la alimentación, volverse adictos al alcohol y otras drogas, experimentar una pérdida total de la rutina diaria y de la estructura)".

Para el Dr. Ibarguengoytia, et.al (1998), los principales mecanismos de defensa que emplea el codependiente son: la proyección, la negación, la disociación y la racionalización.

Dentró de estas características podemos observar que si se habla de un proceso de enfermedad, de adicción y de una patología en la personalidad del codependiente, aunque la autora incluye sentimientos, mecanismos de defensa, actitudes y problemas en la personalidad. Janice Haaken habla también de una "tendencia compulsiva que atenta a mantener la estabilidad emocional y un sentido de bienestar por mantener contacto con alguien que esté fuera de control".

A pesar de que la literatura revisada nos informa básicamente las características que presentan la madre, esposa y/o algún familiar, debemos recordar que el término de codependencia no sólo se refiere a la persona que tiene algún vínculo con el alcohólico, sino que esta palabra se hace extensiva hacia cualquier adicción, sea al alcohol, drogas, comida, trabajo, deporte y sexo, entre otros.

Capítulo II Factores de riesgo en la codependencia.

Concepto de adicción.

El problema de codependencia se genera vinculado a la conducta adictiva, es por ello que a continuación se aborda este concepto.

Norman Cameron (1988), señala acerca de la adicción; "que hoy en día este término se emplea para describir tantas cosas que su significado ha perdido fuerza. Así por ejemplo habla de adicción no sólo a las drogas, sino indiscriminadamente a cosas tales como el golf, la televisión, el cine, ciertas comidas el juego y las carreras. Esa generalización tiene la ventaja de atraer la atención sobre la última relación que existe entre una dependencia al parecer incurable de ciertas actividades, situaciones y personas".

Podemos observar, que de alguna manera el autor anterior plantea la adicción no solo a sustancias químicas, sino también hacia otras cosas. De esta forma, la adicción al adicto se conceptualiza como una manera de ayudar a alguien, rescatarlo, mediante una relación distante.

Rafael Ernesto López (1991), describe la Adicción "como la subyugación del yo al objeto "malo" idealizado, organizado sobre un espacio transicional casi siempre de procedencia anal, en donde el adicto (a) se encuentra atrapado (a) en una relación simbiótica con su madre, por lo general representando para ésta, la fantasía inconsciente de un falo fecal".

El autor arriba señalado, expresa "que una comprensión y definición psicoanalítica ha sido intentada desde Freud (1930), Glover (1932), Simmel (1929), Fenichel (1945), y más recientemente, Weider y Kaplan (1969), Kalina y Kovafoff (1978), Kristal y Rasquin (1970), Wimser (1974); todos ellos coinciden en explicarla como un mecanismo de automedicación ante sentimientos de vergüenza, rabia, depresión y angustia. Otros argumentan la necesidad de una regresión a estados previos de desarrollo ligados a la búsqueda de satisfacción temprana".

En otros conceptos la adicción es manejada como sinónimo de dependencia.

Ethel C. de Casarino y Martha R. De Leonetti (1992), señalan que la drogadicción "es una enfermedad social, que dañando el organismo y la mente del enfermo, trasciende sus límites, para invadir y propagarse a los otros individuos de su medio, mediante la interacción social; atacando y destruyendo la trama de la sociedad y desencadenando secundariamente vicios sociales tales como la desocupación, la delincuencia, la violencia, la promiscuidad y el deterioro de los vínculos familiares".

María Esther B. De Castillo et al (1994), señalan que "la adicción es un estado de compulsión, obsesión y preocupación que esclaviza la voluntad y el deseo de la persona".

"Pía Mellody sostiene que: adicción es cualquier proceso que se usa para evitar o eliminar cualquier realidad que sea para nosotros intolerable o dolorosa. Es una relación patológica con cualquier cosa, persona o experiencia que altere nuestro estado de ánimo y que tiene consecuencias negativas en la salud física, mental, emocional y espiritual de la persona".

María Esther B. De Castillo et al (1994), realizan una clasificación de las adicciones en: "Ingestivas mismas que son, generalmente la dependencia de sustancias artificialmente refinadas o producidas que deliberadamente se introducen en el cuerpo. Siempre alteran el humor, el estado de ánimo y conducen a una dependencia en aumento, incluye aquí el consumo del alcohol, drogas, cafeína, tabaco, alimentación, chocolate, azúcar, fármacos; y de Proceso, considerando éstas como formas enfermas y destructivas de adaptarse al mundo. Nos conducen a percepciones, pensamientos y conductas que inhiben el crecimiento y detienen el avance para lograr la madurez del individuo, las divide de la siguiente manera: emocionales (enojo, alegría, culpa, vergüenza; tristeza, caos, sufrimiento, catarsis); relaciones (codependencia); mentales (pensamientos obsesivos, obsesión por describir detalles, pensamiento negativo, preocupación, exageración); comportamiento (robo, compras, trabajo, mentira, perfeccionismo, sexo, romance, ejercicio, televisión, juego, crimen, acumular dinero, activismo, religiosidad, computadoras, etc.)"¹⁰.

A continuación mencionaremos de manera general dentro de las adicciones el alcoholismo y sus etapas a fin de comprender las circunstancias que vivencia el familiar adicto.

Según la O.M.S. (1952) "Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones".

Para el Dr. Mark Keller (1958), "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud el bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el "trabajo".

Para Rafael Velasco Fernández (1996), las etapas sintomatológicas que se presentan en el alcoholismo son las siguientes:

Primera etapa.

"Difícil distinción entre "bebedor social excesivo" y "alcohólico inicial". Duración promedio 10 años.

- 1.- Promesa repetidas, incumplimiento de ellas, generador de angustia y culpa.
- 2.- Ingestión cada vez más frecuente para disminuir la tensión emocional.
- 3.- Incremento de la tolerancia al alcohol.
- 4.- Cambios iniciales de la personalidad mayor irritabilidad, primeras "lagunas mentales".

¹⁰ Barnette de Castillo María Esther et.al (1994). Libre de adicciones. Edit. Promexa quinta edición 241 p.p.

Segunda etapa.

Se establece con mayor claridad el círculo vicioso: bebida --angustia y culpa-- aislamiento y desaliento-- bebida otra vez.

- 1.- Actitud de negociación y ocultamiento del ya evidente problema de alcoholismo.
- 2.- Ingestión de alcohol por la mañana y a solas.
- 3.- Signos visibles de un permanente efecto del alcohol, incluso en el trabajo.
- 4.- La bebida se vuelve una necesidad cotidiana.

Tercera etapa.

Empieza la ruina total: ausentismo laboral, incumplimiento e ineficiencia, alcoholización permanente, graves dificultades familiares, sociales financieras, físicas,

- 1.- Soledad: el individuo se va quedando sin amigos, él mismo los evita.
- 2.- Se vive para beber: casi no se come. Ayuda médica parcial, ocasional e inefectiva (vitaminas, tranquilizantes).
- 3.- Cambios intensificados de la personalidad.
- 4.- Trastornos psicofísicos importantes: temblores, malnutrición, debilidad, alucinaciones.

Al final de la tercera etapa "se ha tocado Fondo" y no quedan más que dos opciones: el derrumbe definitivo hacia la invalidez y la muerte, o el principio de un lento retorno, casi siempre con ayuda médica especializada, apoyo familiar y de grupo como A.A."

Finalmente agregaremos la definición de farmacodependencia según la O.M.S. "es el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación". Y dependencia como "un estado de adaptación que se manifiesta por trastornos físicos intensos cuando se interrumpe la administración de la droga".

Tolerancia.- Para Nan Robertson (1991) es la "Tendencia del Sistema Nervioso Central a adaptarse a los efectos intoxicantes de una droga, de tal forma que se necesita de una dosis mayor para lograr el mismo efecto".

Concepto de factor de riesgo.

Ma. Elena Medina Mora y colaboradores (1992), señalan que "los precursores de los problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas han sido descritos como factores de riesgo para el abuso, ocurren antes de que aparezca éste y están estadísticamente asociados con un aumento en la probabilidad de su ocurrencia. Una aproximación basada en el riesgo busca prevenir el uso de drogas a través de la eliminación, reducción o disminución de sus precursores. Postulan la hipótesis de que la exposición al riesgo afecta la vulnerabilidad del individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta su resistencia, por lo que es menos probable que abuse de drogas aun cuando esté expuesto a ellas".

Asimismo señalan, que los factores de riesgo pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1. Factores sociales y culturales o contextuales.
2. Factores del ambiente intraindividual e interpersonal.

El primero brinda datos a nivel legal y sobre normatividad de la conducta. El segundo se enfoca a la familia, hijos y la relación de pares.

Para David Hawkins, Richard F. Catalano y Janet Y. Miller, (1992), existen los siguientes factores de riesgo:

- 1.- Factores de la comunidad.
- 2.- Factores familiares.
- 3.- Factores escolares.
- 4.- Factores individuales.

Para Ethel C. De Casarino y Martha R. De Leonetti (1992), existen los siguientes factores que propician que una persona sea adicta: "a) un agente exterior: la droga, b) un medio facilitador: el medio sociocultural y c) un ser humano cuya estructura de carácter lo haga vulnerable ya sea de manera permanente o momentánea, a causa de crisis vitales o psicológicas".

A continuación abordaremos los principales factores de riesgo que se consideran de relevancia en el presente trabajo, y en ellos se incluyen las clasificaciones previamente citadas.

Factor de riesgo individual.

El ser humano posee necesidades innatas a nivel emocional. La principal de ellas para que exista un adecuado desarrollo emocional es la confianza, misma que se va a dar desde el periodo de gestación, durante el primer año de vida y en el transcurso de la misma.

Según Winnicott "aquellas madres que por naturaleza son capaces de prestar un cuidado satisfactorio, son susceptibles de ejercer mejor su cometido si ellas mismas son objeto de unos cuidados que tengan presente la naturaleza esencial de la misión a ellas encomendada. Las madres que no reúnen tal condición natural no mejorarán simplemente con instrucción".

Al nacer un bebé, una de sus necesidades básicas es sentir amor, si la madre le brinda cariño, ternura, afecto y logra que el bebé lo sienta, se va a desarrollar la confianza básica o la satisfacción óptima, cabe agregar que los padres generalmente responden de manera intuitiva y a través de la comunicación emocional que han establecido con su hijo. En caso de que a un bebé no le satisfagan sus necesidades, ni se desarrolle el afecto sobreviene la frustración, va a presentar tristeza y su recurso será utilizar la fantasía y la imaginación, tiene sentimientos de abandono e incomprensión, rabia y coraje, gestándose así la depresión y el desarrollo de este problema dependerá de la manera en que se le cubran sus satisfactores.

Es importante hacer notar que la satisfacción de necesidades para un bebé no implica hacerlo con la premura que el niño lo pida, sino que la frustración es un elemento indispensable en el desarrollo normal, pero debe llevarse a cabo con amor, marcando límites y no con violencia, de esta manera se producirá la "frustración óptima", la cual según "Ethel C. De Casarino y Martha R. de Leonatti "es aquella que produce las decepciones necesarias pero no traumáticas y permite que la recompensa ofrecida por la madre, vivida como objeto bueno, sirva como compensación de las experiencias no deseadas, aportadas por la madre que asume ser momentáneamente el objeto malo. Esta situación repetida a lo largo del maternaje promueve la formación de las estructuras del aparato psíquico, responsables del control de impulsos y potenciadora de la fuerza del yo, a favor de satisfacciones posteriores más seguras y adecuadas, posibilitando la tolerancia a frustraciones mayores en cantidad y duración".

Arturo Ortiz, (1992), expresa "que si el niño vive en una atmósfera de frustraciones tolerables para él, va a desarrollar sentimientos de confianza y seguridad en sí mismo y en quienes le rodean. Si por el contrario, es un niño abandonado, con inconstancia en el cariño y en las atenciones que recibe, tenderá a ser desconfiado e inseguro, lo cual es un factor de riesgo para el uso de sustancias".

"Para que se logre la persistencia y continuidad de la satisfacción óptima-internalización de estructuras, que constituyen las bases de la confianza en sí mismo, el control de los impulsos y la afirmación del self del niño- son necesarios dos órdenes de factores:

- a.- Aquellos que pertenecen al niño, dados por la maduración de los aparatos de autonomía primaria del yo (motricidad, percepción, inteligencia, tolerancia a la ansiedad, impulsos instintivos, etc.).
- b.- Aquellos aportados por la madre, ya que cada madre frustrará de acuerdo con expectativas selectivas propias, tanto más cuanto menos resueltos tenga sus propios aspectos narcisistas, que impidan ese delicado equilibrio de observar y cuidar al niño como parte de sí misma pero al mismo tiempo como un ser personal discriminado y distinto de ella".¹¹

¹¹ Musacchio de Zan Amelia, Ortiz Fragola Alfredo, et. Al. "Drogadicción". Edit. Paidós. 1ª edición. Impresión. Argentina 1992, p.p. 323

De la interrelación armoniosa entre madre e hijo, va a surgir el sentimiento de "ser", lo cual va a generar un sí mismo estable, que le propiciará seguridad y sensación de plenitud a nivel personal.

Arturo Ortiz (1992), realiza una comparación entre la conducta del bebé y la de tipo adictivo y expresa que el pequeño exterioriza sus sentimientos mordiendo el pezón de la mamá o no comiendo; posteriormente puede demostrarlos mediante el estreñimiento y la falta en el control de esfínteres. En el caso del adicto, la droga va a ayudar a atenuar lo displacentero de la depresión y va a mostrar agresión hacia la sociedad, dado que el uso de sustancias adictivas no es aprobado.

Al no cubrir el bebé sus necesidades de afecto, de nuevo vuelve a intentar satisfacerlas, pero por tener desconfianza ve los satisfactores con recelo. Si esto prevalece hasta los cinco años de edad y un pequeño recibe poco afecto y atención de sus padres, se tornará tímido, aislado de la sociedad y no permitirá el contacto físico, y puede manifestar problemas en su desarrollo emocional a nivel de alimentación (digestivos) y de sueño (pesadillas y dificultades para dormir). Esta conducta también se presenta en el adicto, quien se vuelve antisocial, agresivo, desconfiado y obtiene satisfacciones con el consumo de sustancias adictivas. Arturo Ortiz señala "que la verdadera necesidad es el hambre de afecto de sus padres, lo cual jamás va a llegar".

Agrega Arturo Ortiz "que la adicción se convierte en un círculo vicioso: el sujeto siente la carencia, busca la satisfacción, encuentra una satisfacción momentánea y parcial, que para él es ya una ganancia importante, y entonces vuelve a buscar. Esta dinámica de la personalidad es un marco propicio para que el individuo imagine, y en su fantasía satisfaga las innumerables carencias físicas y emocionales que en su vida cotidiana no logra llenar. Las drogas y/o el alcohol son el instrumento que le facilita tener acceso a este mundo donde espera conseguir esa promesa incumplida: el afecto, el cariño, la cercanía, el amor, todos los sentimientos que se aprenden durante la infancia con padres afectuosos".

El paciente adicto se encuentra fijado en una etapa narcisista, es pasivo, siempre desea recibir y únicamente manifiesta interés en lograr sus satisfacciones. Su imaginación no le permite pensar en los sentimientos y emociones de los demás. Carecen de tolerancia a la tensión, frustración, dolor, a la espera que se presenta en toda relación humana, por lo que su escape es consumir drogas, constituyéndose ésta en su única preocupación. Ante la desconfianza adquirida en su niñez, su autoestima es baja.

Hasta aquí hemos abordado la importancia del desarrollo emocional, como un factor individual que provoca el consumo de sustancias adictivas.

David Hawkins, Richard F. et al (1992) consideran factores individuales los siguientes:

- 1.- Psicología: El deseo de obtener sensaciones nuevas, las pocas repercusiones que conocen que genera el alcohol, son factores para un inicio temprano en su consumo. Estos investigadores plantean que el interés en conocer nuevas sensaciones puede estar relacionado a nivel bioquímico con la MAO (enzima), la cual se relaciona con un inicio temprano en el consumo del alcohol. La falta de la enzima de alcohol deshidrogenizado (ALDH), sustancia que se requiere para la descomposición del etano en el cuerpo se ha relacionado con el alcoholismo.

En estudios genéticos se plantea que hay influencia de transmisión del padre alcohólico al hijo varón.

- 2.- Problemas de comportamiento temprano y/o persistentes: mientras mayor sea el número de problemas antisociales durante la niñez, serán mayores las posibilidades de que éstos continúen presentándose en la vida adulta.
- 3.- Asociación con personas que consumen drogas: Si los compañeros y amigos utilizan drogas, es muy probable que los jóvenes que interactúan con ellos se involucren en esta actividad.
- 4.- Indisposición y rebeldía: La reducida adquisición de los valores sociales, religiosos y la rebeldía, son un factor influyente en el uso de drogas y en actividades delictivas. La falta de normas y valores han sido asociadas fácilmente para el uso de drogas.
- 5.- Actitudes que favorecen el uso de drogas: Existen valores, actitudes y creencias positivas respecto del uso de drogas por parte de algunos individuos, lo cual provoca el inicio en el consumo de estas sustancias.
- 6.- Temprana iniciación en el uso de drogas: cuando el joven inicia a temprana edad el consumo de drogas, se incrementará la frecuencia en su uso.

Ma. Elena Medina Mora y cols (1992), agregan este factor:

Edad y Género: El hombre tiende a consumir las drogas ilegales, mientras las mujeres prefieren las médicas. Posterior a los 18 años, los hombres aumentan el consumo.

“Castro y cols (1982) observaron que aquellos sujetos que no habían asistido a la escuela en el año escolar anterior no eran estudiantes de tiempo completo, con compañeros que usaban drogas, fueron más propensos a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva. Entre menores que trabajan en la calle, el contacto con pares usuarios fue también un predictor importante para la inhalación”.¹²

El usuario de drogas por lo regular inicia el consumo en la adolescencia y lo incrementa en la edad adulta, generalmente sólo las personas que entran a tratamiento, obtienen un control.

Factor de riesgo familiar.

La familia constituye una estructura social de suma importancia, dado que el ser humano en su generalidad, forma parte de una de ellas.

Existen muchos autores que se han abocado al estudio de familias y coinciden en afirmar que en ellas se satisfacen las necesidades básicas; se brinda amor, relaciones de amistad, afecto, se transmiten valores, se establecen normas y costumbres mismas que van dándose de una generación a otra.

¹² S.S.A. CONADIC. Publicación “Las Adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario. Edit. CONADIC. México, 1992, p.p. 114.

Virginia Satir (1978) señala "que un concepto tradicional de familia, es el lugar donde puede encontrarse amor, comprensión y el apoyo aun cuando todo lo demás haya fracasado; el lugar donde se puede recuperar el aliento y "sacar nuevas energías" para enfrentarnos mejor al mundo exterior"

Es en familia donde se van a transmitir los valores culturales, a través de la educación de los niños.

Según Ackerman (1986), "ninguno de nosotros vive su vida sólo. Aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos. Por supuesto que algunos aspectos de la experiencia vital son más individuales que sociales, y otros más sociales que individuales, pero no por ello la vida deja de ser una experiencia compartida. En los años tempranos se le comparte casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia. La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud.

Los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica que se encarga de la unión del hombre y de la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. Aclara que tampoco es la familia el pilar de la sociedad, sino que es más bien la sociedad la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr su mayor utilidad."

Acorde al punto de vista antes planteado, Lauro Estrada Inda (1982), manifiesta que "la familia es en esencia un sistema vivo de tipo abierto, tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones; nacer, crecer, reproducirse y morir las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología".

Podemos observar, que ambos autores coinciden al señalar que la familia tiene una participación determinante en la formación de seres humanos y que en ella se gesta tanto la salud como la enfermedad mental.

Asimismo Lauro Estrada Inda (1982), señala características que le son propias a la familia, tales como: "nacer, crecer, tener problemas, reproducirse y morir, además de cruzar por ciclos o períodos vitales donde se presentan alternadamente épocas de salud o de enfermedad con características especiales según la etapa de su existencia. Y define a esta pequeña organización social llamada familia, como una unidad de personalidades interactuantes, que forman un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí, de la más profunda naturaleza".

Por todo el proceso que tiene una familia, su unidad psicológica va modificándose tanto por factores internos (de su organización), como externos (de su comunidad).

El éxito o el fracaso de una familia va a depender de la forma como se le permita a sus integrantes desarrollar y expresar sus emociones humanas. Es importante recordar, que es en familia en donde se aprende amor, ternura, odio, miedo, entre otros sentimientos y a través de este constante flujo va a conformarse la personalidad y manera de reaccionar de un niño.

Para Ackerman (1986), los fines sociales que cumple la familia son:

- 1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida.
- 2.- Provisión de unión social que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- 3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar.
- 4.- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
- 5.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- 6.- El fomento de aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

En la familia se da un intercambio de valores, de amor y bienes materiales, existiendo un proceso a este nivel entre lo que se necesita, cómo se espera conseguirlo, que se va a dar cambio, que se hará si no se obtiene y cual es la respuesta ante las necesidades de los demás.

Acorde al ciclo vital de la familia, cuando existen cambios y estos son muy bruscos, pueden emerger fuertes sentimientos de frustración, junto con resentimiento y hostilidad, por lo que el tipo de sentimientos que prevalecerán serán entre el amor y el odio.

Si persiste de manera excesiva la frustración, el dolor y el odio, se puede alterar la salud mental; sin embargo, para el desarrollo emocional debe existir cierto nivel de desilusión, tolerancia a la frustración, nuevas experiencias y replanteamiento de metas.

El clima emocional de una familia se crea mediante la forma en que los padres manifiestan su amor; al existir conflictos, se propicia tensión y al persistir, sobreviene la desorganización familiar.

La identidad individual es conceptualizada como un proceso que va a ir cambiando continuamente, se va a dar a través de la tolerancia a la frustración con manifestación y expresión de afectos; dicha identidad no sólo se presenta al interior de la familia, sino que se ve inmersa en los tres factores: individual, familiar y social, dando como resultado la autodirección del adulto, es decir, el paso de la dependencia a la independencia.

Cuando las condiciones son favorables puede elevarse la salud emocional en mayor proporción que la que existía en la familia de origen, con lo cual es probable criar hijos más sanos.

Una familia va a tener estabilidad, dependiendo de la homeostasis e intercambio que exista en el ámbito emocional. En caso de no obtenerse un equilibrio puede propiciarse la desintegración de la misma. Cada elemento adopta diversos roles y prevalece una constante adaptación a los mismos.

De ahí la importancia que tiene la familia y las interacciones dentro de la misma, dado que se gesta motivación, esfuerzo, logro de metas y seres humanos que establecen relaciones aceptables, o bien se genera un proceso de destrucción en el que el individuo presenta alteraciones en la personalidad y/o conductas adictivas. Es por ello, que los problemas emocionales de los adultos, tienen su origen en las vivencias de su niñez y que no es posible el estudio del ser humano como un ente aislado, sin tomarse en cuenta su contexto sociofamiliar.

Ackerman (1986), concluye que "las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica de grupo de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad de los estados de enfermedad y salud mental".

Hasta este momento, hemos abordado los aspectos ideales que deben prevalecer en una familia y en caso de que no se presenten, se rompe la homeostasis y sobreviene la enfermedad mental, con la consecutiva repetición de roles en las generaciones de la misma.

A continuación se abordará información referente a la familia alcohólica o disfuncional.

Familia Alcohólica

Como se señaló al inicio de este trabajo, el alcoholismo es un problema social, que tiene gran importancia en nuestro país, por existir en él alrededor de 28 millones de habitantes catalogados como bebedores, lo que nos lleva a pensar en el total de familias con miembros alcohólicos.

Guillermina Natera et al (1988), señalan "que el tema que más se ha estudiado para explicarse la problemática de la familia alcohólica, ha sido el conocimiento de la personalidad de la esposa del alcohólico, como un elemento que contribuye a la inhibición, o al mantenimiento de la conducta alcohólica y fundamenta su investigación "Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos" en dos proposiciones: la primera describe a la mujer con cierto tipo de personalidad patológica, generalmente con conflictos de dependencia, quien tiende a elegir a alcohólicos o a alcohólicos potenciales como pareja, con el fin de satisfacer sus necesidades inconscientes, las cuales tenderán a fortalecer la conducta alcohólica del marido.

La segunda proposición, se refiere al hecho de que las mujeres experimentan estrés como consecuencia de vivir con un esposo alcohólico, tomando el rol de "villana" o el de "víctima". Para ello realizaron una comparación tomando en cuenta características conductuales individuales, familiares y sociales, entre tres grupos: uno de esposos de A.A., cuyos cónyuges llevan más de un año de abstinencia, otro de esposas de alcohólicos (los cuales beben actualmente), y un tercer grupo de esposas de sujetos que no tienen este problema.

Dentro de la discusión y conclusiones comentan "que los resultados de este estudio deben ser considerados como preliminares y tomados con las debidas limitaciones por el tamaño de la muestra (n=25,28 y 29 respectivamente).

Comentan que las parejas con problemas excesivos de alcohol, suelen estar divorciadas o separadas. Y concluyen al relacionar los datos con la casi ausencia de diferencias en el funcionamiento social e individual de los tres grupos que se puede pensar en la posibilidad de que en la población de estudio, se estén presentando rasgos de tipo esencialmente cultural, típicos de las esposas mexicanas en general, más que características específicas de las esposas de bebedores problema.

Y llama la atención el hecho de que un 12% de las esposas de Alcohólicos Anónimos, los cuales estaban en período de abstinencia, consuman vino casi todos los días, aunque en pequeñas cantidades.

Medina Escartín y Reyes Duarte (1987), señalan algunas similitudes entre las familias de los alcohólicos. "En casi todas ellas está la presencia de una madre consoladora, dominante o posesiva o esposas maternales que juegan el rol de madres y no de compañeras, con las mismas características antes mencionadas, formando y manteniendo así a personas dependientes, pasivas, inseguras e inmaduras, las cuales las más de las veces, resultan alcohólicas a las que se les dá el nombre de "sobrepotejidos". Hay también el alcohólico "rechazado" en cuyo caso encontramos a madres y esposas sumisas, dominadas y sobre todo resentidas contra el mismo. Iguales similitudes se encuentran en el caso de la mujer alcohólica con respecto a padres y esposos".

Lawrence C. Kolb también señala "que los alcohólicos tienen madres sobrepotejoras e indulgentes que animan a la persona para que continúe con las exigencias infantiles orales propias de los primeros años de vida, hasta que estas exigencias fueron demasiado grandes e imposibles de satisfacer, así la madre redobla sus esfuerzos por complacer al hijo en cuanto éste responde con una expresión de rabia, intensificando así la dependencia".

Musacchio de Zan Amelia, Ortiz Fragola et al (1992), al respecto señalan "que las madres que no pueden o no saben ejercer su rol, suelen ser inmaduras, presentan inconsistencia yoica, una autoestima muy baja centrada en el hedonismo y la belleza física. En ocasiones pueden ser depresivas con núcleos melancólicos. Estas madres llenan su vacío con el hijo, la absorben y la usan como droga antidepresiva. El hijo así vaciado recurre a la droga para resarcirse y usa como artificio la química y no el afecto de las personas".

La crianza incurre en un clima de sobrepotección materna la cual suele ejercer el rol en forma confusa. Confunde bondad del vínculo con complicidad ya que por ser la mayoría de las veces inmadura, idealiza su propia juventud con actitudes de seducción que encubren dominio y manipulación del hijo".

Una madre narcisista, con rasgos depresivos, no proporciona la estimulación adecuada para que se efectúe una simbiosis que permita un buen desarrollo psíquico, igual sucede con una sobrestimuladora, que tiende a sobrepotejer y dar respuesta sin permitir escuchar los deseos e iniciativa de su hijo, sino que se anticipa a ellos; esto lo hacen cubriendo sus propios deseos y/o necesidades de manera proyectiva.

Es por ello, que la simbiosis entre madre e hijo, se prolonga por más tiempo, siendo deficiente al no satisfacer las necesidades del niño, lo cual dá como resultado sentimientos de vacío, que posteriormente van a cubrirse mediante el uso de alguna droga, generándose con esto la autodestrucción.

Con respecto a los padres, se refiere que generalmente no ejercen autoridad sobre los hijos, tienden a ser permisivos y autoritarios, poco afectivos y despreocupados de ellos; son dependientes de sus esposas, pero encubren esta situación mostrándose autoritarios y apotentes, con ello devalúan a la madre, lo que llega a debilitar el rol de ambos. Algunos padres, se abocan de lleno a sus actividades laborales, teniendo mínima interacción con la familia, siendo su rol principal el de proveedor.

Puede observarse, la importancia que tiene tanto la personalidad del padre como de la madre, al formar una familia para que su conflictiva personal sea la generadora de una conducta adictiva en alguno o en varios de los miembros de la misma.

A continuación vamos a señalar algunas características que prevalecen en las familias alcohólicas.

Bowen (1978), señala "que el alcoholismo existe en el contexto de un desequilibrio de todo el sistema familiar, y que los familiares al interactuar con el paciente adicto tienden a enfermarse y resultan afectados, por lo que Gierymski y Williams (1986), consideran que deben ser incluidos en tratamiento".

Rodríguez-Martos (1989) considera que existe la siguiente patología en la familia alcohólica:

- 1.- Está primaria o secundariamente enferma.
- 2.- Puede somatizar ansiedades o presentar conflictos intra o interpersonales.
- 3.- Puede sentirse desvalida, culpable, impotente o vengativa.
- 4.- La familia presenta su problema como un "Todo" e individualmente, en cada uno de sus miembros.
- 5.- En su seno, el alcohólico puede haber enfermado, sanado y recaído.
- 6.- La familia puede haberse equilibrado a partir de la derivación de tensiones a través de su miembro enfermo, o habiendo sido éste el elemento distorsionante en una familia previamente estable, haberse reequilibrado aquella en un esfuerzo de supervivencia, donde cada cual está asumiendo un rol propio o adoptado, con tal de mantener el conjunto a flote.
- 7.- Su equilibrio funcional puede alterarse cuando el alcohólico deja de beber y reasume su rol, con la consiguiente redistribución de papeles: se explican así las paradójicas reacciones depresivas tras la recuperación de un enfermo.

Eduardo Kalina (1990), expresa "que muchos "co-adictos" son el producto de una familia disfuncional por la problemática del alcoholismo. Y agrega que al igual que en otras familias con patologías severas, que los vuelven discapacitados ya sea física o psíquicamente, los hijos tienden a ser sumamente exigidos o se autoexigen, adultificándose precozmente, siendo padres de sus padres, procurando el sustento de su casa, por lo que no se ocupan de sí mismos, con consecuencias como baja autoestima, dificultades para establecer límites yoicos, ansiedad, sentimientos de inseguridad, miedo al abandono, frustraciones, y otros síntomas".

Jackson J. K. (1974), realizó un estudio sobre la familia "como una unidad que se adapta o ajusta al alcoholismo de uno de sus miembros, investigando a las mujeres que asistían a Grupos de AL-ANON, y elabora una historia natural del proceso por el que atraviesa una familia con problemas de alcoholismo: I) Intenta negar el problema; II) Intenta eliminar el problema (aquí a veces la familia se aísla); III) Se desorganizan los roles familiares; IV) Intenta reorganizar los roles familiares; V) Se esfuerza por escapar del problema; VI) Parte de la familia se reorganiza; VII) Recuperación del alcohólico y nuevo ajuste familiar. "El orden de presentación de estas etapas puede ser variable e inclusive no llegar a la tercera por desintegrarse la familia. Para Guillermina Natera en 1989, estas fases ya no eran muy aceptables.

Musacchio de Zan Amelia y Ortiz Fragola Alfredo, et al (1992), describen el Núcleo Familiar Patógeno:

- 1.- En la familia del adicto es común encontrar otras personas con el mismo problema, aunque éste no siempre sea evidente. Suelen tener múltiples adicciones a psicofármacos (sedantes, estimulantes, hipnóticos, etc.), a medicamentos (digestivos, purgantes, gotas oculares, analgésicos, etc.), a la comida, y a drogas socialmente aceptadas como tabaco y alcohol. A veces la adicción se refiere a una conducta como los juegos de azar, el cine, la televisión o el consumismo.
- 2.- Son familias, en general, con mala alianza marital, donde muchas veces el precario vínculo que mantiene la relación es un hijo dependiente e inmaduro que canjea su independencia por la enfermedad.

De esta manera, la drogadicción pasa a ser el precio que paga para no crecer. Son familias que suelen tener un pasado con situaciones ocultas, secretos familiares, pasados difíciles, que viven como vergonzosos, con contradicciones y mentiras.

Son familias en donde están borradas las fronteras entre los sistemas paternos y fraternos, y por eso predomina la incongruencia jerárquica. Son padres con dobles mensajes o mensajes contradictorios: "no consumas drogas", mientras alguno de ellos no puede dejar de fumar o de consumir alcohol en exceso.

En estas familias puede haber un padre sobreinvolucrado, cómplice más o menos disimulado del hijo enfermo, mientras el otro está ausente.

Los autores previamente señalados realizan un análisis exhaustivo de la conflictiva que prevalece en la familia alcohólica y agregan: que dichas características "no sólo no proveen las bases suficientes para el desarrollo de las funciones yóicas y la estabilidad del self, sino que se constituyen en sustratos de identificaciones cargados de hostilidad que estarán en la base de la patología del superyo. Sobreviene una alteración del sistema de valores y una incapacidad de asumir normas de autocritica, capacidad de culpa y preocupaciones frente a sí mismo y por los demás, que suelen generar conductas delictivas".

De ahí que constantemente se observe el deterioro, tanto en el miembro alcohólico, como en sus hijos, quiénes muchas veces también presentan alguna adicción y conductas delictivas.

Las familias de origen de algunos adictos, reportan padres que fueron hijos maltratados, con datos de alguna adicción y de personalidades con características narcisistas y psicóticas. El prejuicio mayor se genera cuando toda esta patología se presenta en la infancia, pero llega a trascender al estructurarse el carácter y retomar los valores necesarios para constituir su vida.

Concluyen Musacchio de Zan y Ortiz Fragola (1992), "que lo que el adicto trata de contrarrestar mediante su conducta adictiva es la falta de autoestima, la incertidumbre con respecto a la existencia de un sí mismo no sería la droga lo buscado, sino el objeto humano ausente que ha dejado un vacío y que persiste como una ausencia pertinaz y fantasmal detrás de ella".

Aunado a toda la patología que prevalece en estas familias, diversos autores hablan respecto de los Factores de Riesgo.

J. David Hawkins, Richard F. et al (1992), describen los siguientes Factores Familiares:

- 1.- Actitudes y comportamientos de la familia que consume alcohol y drogas: cuando los padres y hermanos consumen alcohol y utilizan drogas es muy probable que el niño y joven repitan esta conducta.
- 2.- El riesgo de consumir drogas se incrementa cuando no existe en los padres o familia un adecuado establecimiento de normas, las cuales o son permisivas o de tipo autoritario.
- 3.- Conflicto Familiar: Una dinámica familiar conflictiva es un factor de riesgo para que los hijos consuman drogas y presenten problemas de delincuencia.
- 4.- Poca Unión Familiar: Este aspecto va vinculado con el anterior, dado que las relaciones conflictivas en el núcleo familiar impiden que se consolide un equilibrio en el seno de la misma.

Puede observarse, que los factores citados contienen las principales características de una familia disfuncional como lo es la que tiene problema de alcoholismo. Cabe agregar, que desde 1944, autores como Jellinek hablaban de alcoholismo como una enfermedad familiar.

Guillermina Natera y Adriana Nava (1993), señalan al respecto "que la existencia de un miembro alcohólico en la historia familiar aumenta el riesgo de que exista un hijo(a) con alcoholismo; que aquellas familias en donde se rompen menos los rituales de convivencia, los hijos presentan menos riesgo de ser alcohólicos, aunque haya un miembro alcohólico en ella. Sin embargo, se ha detectado más riesgo de alcoholismo en sujetos que tienen una personalidad antisocial que aquellos con una historia familiar de alcoholismo. También se ha dicho que un paciente alcohólico afecta emocionalmente como mínimo a 4 miembros de la familia. Comenta que los padres alcohólicos afectan a sus hijos en aspectos relacionados con su autoestima, son generalmente hijos parentales, además de detectarse fallas cognoscitivas en su aprendizaje escolar, anormalidades neuropsicológicas, niños que nacen con síndrome de feto alcohólico, síntomas psicósomáticos y médicos. De adultos suelen ser personas muy culpigenas y vergonzosas con tendencia de conducta antisocial, impulsividad y bajo control".

En lo que se refiere a factores genéticos y a los efectos en los hijos, Cadoret et, al (1980) y Stabeneau (1984), realizaron estudios en gemelos "quiénes fueron separados al nacer, demostrándose que los hijos de padres alcohólicos, desarrollaron alcoholismo, aunque sus padres adoptivos no tuvieran esa problemática". Sin embargo, otros autores mediante estudios comparativos han concluido que el aspecto genético no es el más determinante, y unos más (Goodwin y Schukit en 1972, 1973, 1974 y 1982) consideran que sí va a ser un elemento de transmisión el alcoholismo en casos crónicos y severos.

Pollock, Shneider (1987), y Murray en (1989), señalaron que cuando el padre tiene dependencia hacia el consumo del alcohol, éste es un factor de riesgo dentro de la transmisión intergeneracional del consumo de alcohol, por lo cual familiares de alcohólicos: hijos y sus esposas son susceptibles de padecer este hábito, que van desde los resultados del síndrome fetal hasta problemas físicos, sociales y psicológicos, aunque no sea necesariamente por el abuso del alcohol (Plant, Grant, 1989, Orford 1990).

Steinglass (1989), señala sobre la transmisión intergeneracional del alcoholismo que "ha sido enfocada desde dos perspectivas distintas: una genética y la otra cultural. La perspectiva genética afirma que el alcoholismo es un estado biológicamente determinado, que la predisposición a la conducta alcohólica se encuentra codificada en el material genético de la persona y que, dicha predisposición puede ser transmitida a las generaciones posteriores por medio de un gene alcohólico. La perspectiva cultural sostiene que las actitudes, los valores y las prioridades conductuales de una sociedad -por ejemplo los relacionados con el uso del alcohol- se transmiten de generación en generación, por medio de un proceso de socialización de los niños. Se ha postulado tradicionalmente a la familia como el grupo responsable de ese proceso de socialización".

El problema más interesante para el autor es la forma en cómo se incorporan a la cultura familiar los valores y las conductas relacionadas con el alcohol, para ser luego transmitidas a los hijos.

Hill, Nord y Blow (1992), encontraron que cuando los hijos en la infancia tienen una relación negativa con su progenitor bebedor, esto va a propiciar cierta tendencia a consumir alcohol al ser adultos y en el caso de que la relación sea positiva, existen probabilidades de que esto no suceda.

Mediante el análisis de la información que la literatura reporta, es posible contemplar la gran trascendencia que tiene la familia y la pareja en el riesgo de que continúen repitiéndose roles y nuevamente se forme parte de otra familia disfuncional, con el deterioro correspondiente hacia los hijos, quiénes como se ha citado, son co-adictos, codependientes o bien su conducta tiende a ser antisocial y/o delictiva. Guillermina Natera et al (1993), se cuestionan el por qué se une la mujer a un bebedor excesivo de alcohol si ellas mismas indican que la forma de beber de un familiar cercano les produjo "preocupación familiar" y responde que muchas veces se produce un "contagio" en las esposas que conviven con un alcohólico, y parece que más que identificarse en cuanto al consumo de alcohol, se identifican en la problemática general de funcionamiento, que para algunos autores equivale a una codependencia psicológica.

Un escritor que efectúa un trabajo muy importante en torno al alcoholismo y a las repercusiones a todos los niveles es Hugo Hiriart (1987), expresa "que el alcoholismo es una enfermedad familiar. La familia de un alcohólico se desquicia, no puede ser sana. La enfermedad ataca no sólo al alcohólico, sino que sus consecuencias se hacen sentir de manera cotidiana y dramática sobre todas las personas que se hallan dentro de su radio de acción destructora: hijos, padres, esposos, esposas, amigos, sufren en diversa medida la enfermedad del bebedor adictivo".

Factor de riesgo social

El consumo de alcohol en nuestro país es aceptado dentro de nuestra sociedad sin importar la edad y el sexo.

Desde el punto de vista económico, proporciona grandes ganancias a las compañías dedicadas a la fabricación de bebidas alcohólicas, en todo el proceso que esto conlleva, es decir, desde las materias primas, elaboración y publicidad, e inclusive es una fuente de empleo de muchos mexicanos.

La Encuesta Nacional de Adicciones realizada por la Secretaría de Salud (1993) reporta "que el consumo de alcohol es parte de un proceso global que implica el desarrollo de actividades como la economía política del alcohol, el consumo moderado, de la vida social alrededor del mismo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber y no beber, los bebedores problema, las consecuencias derivadas del beber, la morbi-mortalidad por el alcohol, la percepción social, la conceptualización y las políticas que el sector salud y la sociedad civil tienen sobre la ingestión alcohólica. Define a todo este proceso como la alcoholización de una sociedad, lo que va de lo individual a lo social, siendo imposible aislar sus componentes y señala que los bebedores son solo la punta del iceberg de la alcoholización de una sociedad, sustentado no solo por los consumidores de baja frecuencia, sino por toda la sociedad, que normaliza su consumo, lo promueve y frecuentemente presiona para que se realice. La normalización del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización en su conjunto".

Es decir, que el alcohol forma parte de nuestra sociedad, a pesar de las grandes repercusiones que se generan a nivel individual, familiar y social, y en éste último dentro del sistema laboral, y de la productividad en general (ausentismo, accidentes, entre otros).

Hugo Hiriart (1987), comenta "que en nuestro país la ebriedad no sólo se tolera sino que se fomenta con comentarios como éstos: "Ándele tómesese otra, me vas a dejar morir sólo, se está quedando atrasado ", es decir que hay cierta presión social para que se consuma alcohol y quien es alcohólico inmediatamente responde a estas invitaciones.

Considera dicho autor que la manera en que se ingiere alcohol en nuestro país forma parte de una "enfermedad social, y una enfermedad de los hábitos, lo que impide que las cosas se vean tal como son".

Guillermina Natera (1989), señala "que en México poco se sabe de la transmisión de pautas culturales y sociales, incluso ni de las bioquímicas, entre las familias mexicanas. Sabemos que en México los patrones de consumo difieren entre hombres y mujeres, suponemos que estos roles se perpetúan en parte por la transmisión de los roles a través de la socialización familiar, pero no sabemos cuales pautas son las más importantes que llevan a que en una misma familia, con o sin problema alcohólico, uno o varios de los hijos se vuelvan alcohólicos y otros no".

Para comprender el aspecto cultural, es importante retomar la definición de Ablon (1980) sobre cultura "patrón integrado de conducta humana que incluye pensamiento, discurso, acción y artefactos que están de acuerdo a la capacidad del hombre para aprender a transmitir sus conocimientos a las siguientes generaciones". De ahí la repetición de roles a nivel familiar y social.

De manera simultánea al análisis de la conducta, algunos investigadores como Wolin y Bennet (1979,1980,1987) en estudios a nivel antropológico han detectado rituales en la familia y los definen como "la forma simbólica de comunicación cuya repetición genera satisfacción y se actúan sistemáticamente a través del tiempo. Los rituales forman parte de la vida familiar, permiten que ésta se estabilice, y que se establezcan normas o límites a nivel intra y extra familiar".

Los investigadores antes citados, efectuaron estudios de los rituales en comidas, festejos, tiempo libre y disciplina y realizaron la siguiente clasificación de las familias como: "Subsumptivas: donde uno de los padres abusa del alcohol y esta conducta es principio central de la vida familiar como en rituales y mitos, entonces la recurrencia del alcoholismo será mayor en la siguiente generación y "distintivas" donde la bebida del padre se mantiene aislada de la vida familiar, entonces existirá menor riesgo del alcoholismo en la generación siguiente".

Y concluyen al indagar en 19 familias, que la familia de origen tiene relación con la forma como se transmite el alcoholismo en las próximas generaciones, y que los hijos cuyas familias tienen un miembro con fuertes problemas de alcohol y pierden en este periodo sus rituales, presentan un riesgo mayor de padecer esta enfermedad, que en aquellas en que se mantienen.

Guillermina Natera (1989), comenta que faltan investigaciones acerca de las actitudes en niños, y hace mención de que Spielger encontró que "las percepciones de los niños sobre normas sociales de bebidas para el hombre, la mujer y los niños se establecen desde los 6 años, pero sus conocimientos acerca de la bebida se desarrollan más lentamente, llegando a aumentar en forma negativa con la edad, lo cual se ve matizado por la moral imperante. Entre los 10 y 14 años las actitudes hacia la bebida son menos moralistas y drásticas, por otra parte se van acercando al inicio de una conducta que generalmente principia entre los 12 y 14 años".

Nuevamente se plantea la importancia que tiene la familia desde el punto de vista social, para lograr un desarrollo adecuado en los hijos, o bien para favorecer que se gesten conductas adictivas, con la consecuente repetición de roles.

Ahora, en lo que respecta a factores culturales es importante recordar, como previamente se cito que Guillermina Natera concluyó en su investigación "Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y no alcohólicos (1988) que se estaba pensando en la posibilidad de que en la población de estudio, se estén presentando rasgos de tipo esencialmente cultural, típicos de las esposas mexicanas en general, más que características específicas de las esposas de bebedores problema; en 1993 Natera lleva una segunda fase de dicha investigación "Interacción entre parejas con diferente patrón de consumo de alcohol y su relación con antecedentes familiares de consumo en México" y señala que se requiere de un trabajo más amplio, que incluya el estudio de los factores genéticos, psicosociales y ambientales, en la que se pueda estudiar más de dos generaciones". A este nivel, ella y su equipo de trabajo aun consideran que faltan más elementos a detectar para prevenir el desarrollo de alcoholismo, pero que los existentes sirven de fundamento para la orientación y el trabajo con familias.

Usualmente al abordar el problema de alcoholismo, tiende a pensarse en población que la consume de nivel económico y cultural bajo, sin embargo, en la Encuesta Nacional de Adicciones (1993), se refiere "que hay tendencia al aumento de la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. El porcentaje más bajo de bebedores lo tiene el grupo que nunca fue a la escuela, mientras él más alto se ubica entre profesionistas; más de las tres cuartas partes de lo que alcanzaron nivel licenciatura son bebedores (82.1%). En el grupo de aquellos con mayor escolaridad formal se encuentra el menor número de bebedores. Casi el 34% de los que no tienen educación formal se definieron como no bebedores.

La prevalencia más alta de ex bebedores se encuentra entre los desempleados (15.4%), mientras que entre los empleados solo un 7.5% ha dejado de tomar"

Si analizamos el dato anterior, podemos imaginar que el problema de codependencia se presenta en todos los niveles socioculturales, con las correspondientes repercusiones en el seno familiar.

Los factores del Riesgo Sociales o de la Comunidad para David Hawkins, Richard T. et al (1992), en la adolescencia y primera etapa del joven adulto son:

- 1.- **Leyes y Normas:** Existen restricciones a nivel legal para la adquisición del alcohol, pero un estudio demostró que si se incrementa el límite de edad para la ingesta de estas bebidas, disminuirá la muerte en jóvenes tanto de tipo accidental, como por problemas de salud (cirrosis hepática).
- 2.- **Disponibilidad:** El tener un acceso fácil a estos productos propicia un incremento en el consumo de los mismos. Asimismo, otro aspecto muy importante es la disponibilidad que tienen los jóvenes de dinero.
- 3.- **Extrema Deprivación Económica:** Los problemas de tipo socioeconómico como son falta de recursos económicos, de una vivienda digna y en general, la no satisfacción de las necesidades básicas, provocan alteraciones en la conducta de los niños y delincuencia. Al prevalecer esta situación durante la infancia, es muy probable que el adolescente tenga riesgos del uso ilegal de drogas y del abuso de alcohol.
- 4.- **Desorganización del Vecindario:** Cuando la población que reside en torno al hogar del adolescente es excesiva y es mínima la vigilancia de los jóvenes, es probable que exista consumo de drogas.

Es muy común que todos estos elementos se encuentren en gran parte de la población en nuestro país, por lo que el riesgo de adicción es elevado.

Ma. Elena Castro-Sariñana (1990)," plantea que el riesgo de que surja la conducta adictiva va a depender de la interacción de los siguientes elementos: un medio facilitador (medio ambiente), características del consumo (agente) y características individuales del estudiante (huésped) y señala un total de 33 indicadores de riesgo dentro de los cuales contempla factores sociales, familiares, escolares y emocionales. Estos tres elementos constituyen el modelo epidemiológico clásico y considera que los factores sociales o ambientales, individuales y la forma de consumo conforman una "subcultura de la droga".

El factor social ejerce una participación determinante en la familia, ya que el medio social puede ser amistoso u hostil y peligroso, éste último es propiciador de desintegración familiar, en caso de que haya unión al interior de la misma llegan a aliarse y a funcionar de manera solidaria sus miembros.

Al respecto Ackerman (1990) manifiesta "que con un cambio de estructura familiar en respuesta al cambio social, las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecerse o debilitarse, cambiar notoriamente la participación en las experiencias, la división del trabajo y la distribución de la autoridad entre el padre y la madre. Cuando la desorganización social de la familia persiste y se vuelve crónica, lleva en última instancia a la perturbación psicopatológica. Tales familias socialmente desviadas y no integradas a la comunidad, son cuna de disconformidad y conducta enferma. Frecuentemente los adolescentes se vuelven delinquentes. En estas situaciones familiares socialmente caóticas, emergen múltiples formas de enfermedad psiquiátrica y desadaptación social"

El medio social puede ser nocivo y desequilibrar a una familia, en la cual si hay elementos de riesgo entre sus miembros, estos desarrollarán alguna conducta adictiva.

Se anexa cuadro elaborado por Castro Elena (1992), sobre Indicadores de Riesgo para involucrarse en un consumo problemático, en los que de manera detallada plantean las características del huésped, agente y medio ambiente.

INDICADORES DE RIESGO PARA INVOLUCRARSE EN UN CONSUMO PROBLEMÁTICO

- * CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO (HUÉSPED)
- * SOCIODEMOGRÁFICOS
 - 1.- NO DEDICA TIEMPO COMPLETO A SUS ESTUDIOS
 - 2.- ESTUDIOS DE PREPARATORIA
 - 3.-¹³
 - 4.- PERTENECER A UNA FAMILIA CUYO JEFE TIENE POCOS ESTUDIOS
 - 5.- TENER DE 15 A 18 AÑOS
 - 6.- HABERSE INICIADO EN EL CONSUMO EXPERIMENTAL DURANTE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA (12-14 AÑOS)
- * PSICOLÓGICOS Y DE HISTORIA DE VIDA
 - 7.- ALTO GRADO DE INCONFORMIDAD SOCIAL
 - 8.- CONDUCTAS DE RIESGO
 - 9.- ACTITUD DE ACEPTACIÓN AL CONSUMO
 - 10.- DINERO DISPONIBLE
 - 11.- EVENTOS TRAUMÁTICOS EN LA 1ª INFANCIA
 - 12.- EVENTOS TRAUMÁTICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA
 - 13.- CAUSA JUSTIFICANTE DE SU INICIO
 - 14.- DESEOS Y/O INTENTOS DE SUICIDIO
 - 15.- INICIO TEMPRANO EN LA VIDA SEXUAL
 - 16.- TRABAJO EN LA CALLE
 - 17.- EMBARAZOS
 - 18.- ABORTOS
 - 19.- MUERTES CERCANAS

Castro Elena 1992

INDICADORES DE RIESGO PARA INVOLUCRARSE EN UN CONSUMO PROBLEMÁTICO

¹³ En la tabla original no aparece este punto

* DROGA (AGENTE)

PATRÓN DE CONSUMO:

- 1.- CONSUMO FRECUENTE DE UNA SOLA DROGA
- 2.- POLIUSUARIO

TIPO DE DROGA:

- 3.- USO EXPERIMENTAL DE MARIHUANA
- 4.- USO EXPERIMENTAL DE COCAINA
- 5.- USO DE MARIHUANA Y COCAINA
- 6.- USO ALTO DE ALCOHOL

PRESENCIA DE LA DROGA

- 7.- FACILIDAD PARA CONSEGUIRLA
- 8.- ACCESO A DISTRIBUIDORES
- 9.- AMIGOS USUARIOS
- 10.- PRESENCIA DE DROGAS EN FIESTAS

Castro Elena 1992

INDICADORES DE RIESGO PARA INVOLUCRARSE EN UN CONSUMO PROBLEMÁTICO

* AMBIENTE FACILITADOR

* FAMILIAR

- 1.- APOYOS Y CONTROLES FAMILIARES DÉBILES
- 2.- USO DE DROGAS O ALCOHOL EN PADRES Y HERMANOS
- 3.- FAMILIA CAÓTICA O DESORGANIZADA
- 4.- FALTA DE CONTACTO CON LA FAMILIA
- 5.- DIVORCIO DE LOS PADRES

* SOCIAL

- 6.- INVOLUCRAMIENTO EN ACTOS ANTISOCIALES
- 7.- INSATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA
- 8.- USO DE DROGAS EN EL GRUPO DE IGUALES
- 9.- TOLERANCIA DE LA ESCUELA HACIA EL CONSUMO DE DROGAS
- 10.- DISPONIBILIDAD DE LUGARES DE CONSUMO (ESCUELA, CALLE)
- 11.- DISPONIBILIDAD DE LUGARES PÚBLICOS PARA CONSUMIR

* DEMOGRÁFICO

- 12.- VIVIR EN LA CIUDAD DE MÉXICO O EN LAS CIUDADES URBANAS DE: SINALOA, SONORA Y BAJA CALIFORNIA
- 13.- MIGRACIÓN DE ZONAS RURALES A URBANAS

En estos cuadros se observa, que la autora retoma aspectos manejados en su investigación previa de 1990, solamente que realiza una mayor especificidad de los diferentes factores de riesgo; coincide su enfoque con el de Ethel C. de Casarino y Martha R. de Leonetti, y J. David Haukins, Richard F. Catalano y Janet Y. Miller. Se considera que estos autores aunado a Guillermina Natera y colaboradores, entre otros, han abordado con gran amplitud este tema y están interesados en generar un cambio en las familias adictas y principalmente en la población adolescente, con el fin de realizar una labor preventiva.

Asimismo se agrega la Clasificación de Bebedores según la ENA (1993).

CLASIFICACIÓN DE BEBEDORES SEGÚN LA ENA (1993)

Bebedores: Individuos que han consumido alcohol en los últimos dos años con independencia de cantidad y frecuencia.

Bebedores consuetudinarios: Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que consumen 5 ó más copas por ocasión.

Bebedores frecuentes de alto nivel: Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 ó más copas por ocasión (por lo menos una vez al año).

Bebedores frecuentes de bajo nivel: Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que no consuman 5 ó más copas por ocasión.

Bebedores moderados de alto nivel: Personas que reportan beber de una a tres veces al mes y ocasionalmente toman 5 ó más copas (por lo menos una vez al año).

Bebedores moderados de bajo nivel: Personas que reportan consumir de una a tres veces al mes, menos de 5 copas por ocasión.

Bebedores poco frecuentes: Personas que reportan consumir menos de una vez al mes y por lo menos una vez al año, independientemente de la cantidad.

No Bebedores: Personas que dicen no haber consumido bebidas alcohólicas.

Ex-bebedores: Los que habiendo consumido en cualquier cantidad y frecuencia no lo han hecho en los últimos años.

Capítulo III Alternativas de tratamiento

Grupos de Autoayuda Al-Anon.

El Programa Al-Anón también es concebido como una forma de vida espiritual, se basa en los Doce Pasos que se utilizan en los Grupos de A.A., permite a sus integrantes que adquieran fuerza y elementos para enfrentar problemas difíciles.

Su propósito es "Ofrecer amistad, esperanza y ayuda a los familiares de los alcohólicos, proporcionándoles la oportunidad para aprender a crecer espiritualmente por medio de la práctica de los 12 Pasos adoptados de los Alcohólicos Anónimos, dando y compartiendo experiencias para adquirir mayor conocimiento sobre el alcoholismo, para afrontar esta enfermedad y hacer posible entonces que los miembros den comprensión y valor al alcohólico".

Al-Anón está formado por dos partes:

1. EL Programa, mismo que proporciona orientación espiritual e inspiración a sus integrantes.
2. Los Servicios de Al-Anón, los cuales mantienen las vías de comunicación y se responsabilizan de los asuntos rutinarios.

La primera parte representa el alma de la confraternidad, basada en los 12 pasos y las 12 tradiciones.

El objetivo de los servicios es asegurar un funcionamiento eficaz y mantener siempre abiertas las vías de comunicación e información entre todos los grupos.

Todos sus miembros están vinculados con algún familiar o amistad que es bebedor compulsivo. Se proporcionan ayuda mutua.

En el libro Grupos de Familia Al-Anón (1981), se refiere que " el funcionamiento del grupo es responsabilidad de un cuerpo directivo, elegido por los miembros. Los componentes de este cuerpo directivo generalmente se cambian cada tres, seis o doce meses, para que todos en el grupo tengan la oportunidad de servir. Los puestos que ocupan son los siguientes: coordinador general de grupo, tesorero, secretario, representante de grupo, coordinador de programas. Carecen de autoridad sobre el grupo".

Establecen comunicación a través de dos líneas principales: la primera consiste en unos 16,000 grupos en el continente norteamericano, sin incluir a México, unidos a la Conferencia de Servicio Mundial; la segunda proporciona la comunicación desde la Oficina de Servicio

Mundial, misma que funciona como un servicio central para los grupos de todas partes del mundo.

También informan, que la Oficina de Servicio Mundial (OSM) es el centro principal de servicios a nivel mundial, "sirve a la confraternidad en total, y a través de ella, circulan todos los asuntos y actividades de la misma. Es el centro de servicios, pero no manda; ofrece orientación, pero no controla, ni se impone.

Mantiene los archivos de la historia de Al-Anón, da permiso para traducir las publicaciones a otros idiomas, coordina las traducciones, proporciona ayuda en el desarrollo de la estructura de los servicios nacionales; se encarga de la Información Pública en general publica y distribuye tanto en inglés como en español, las publicaciones aprobadas por la CSM. La OSM publica una revista mensual *The forum* y los boletines bimestrales: *Alateen talk*, *inside Al-Anón* y su versión española dentro de Al-Anón, así como *Al-Anón/Alateen en Acción*, un boletín para los miembros de habla castellana. Atiende igualmente los múltiples detalles relacionados con la conferencia de Servicio Mundial (CSM)".

A continuación se transcriben los doce pasos, tradiciones, lemas y pensamientos de Grupos Al-Anón:

Los Doce Pasos

Primer Paso

Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.

Una vez que admitamos nuestra impotencia ya no trataremos de obligar al alcohólico para que deje de beber. Dejaremos de regañar, suplicar, quejarnos; sabemos que es inútil. Fijaremos nuestra atención en la tarea de gobernar nuestra propia vida, que se ha vuelto ingobernable a causa de nuestros estériles y frustrados esfuerzos por "manejar a otro".

Admitiendo que no podemos controlar a otro alivia tanto nuestra tensión, que el hecho de que mejore nuestra actitud ayuda al alcohólico a darse cuenta que necesita ayuda.

Segundo Paso

Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.

En estas encrucijadas de desesperación, creemos que podemos y debemos hallar ayuda espiritual de un Poder Superior a nosotros. Para la mayoría de nosotros este Poder se llama Dios, pero que cada quien es libre de usar su propio concepto.

Este poder hará que recuperemos una disposición racional para que podamos ocuparnos de los estragos que el alcoholismo ha ocasionado en nuestra vida.

Tercer Paso

Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de El.

Admitimos que somos impotentes ante el alcohol, que no podíamos resolver por nosotros mismos nuestros problemas, que creíamos que podíamos contar con ayuda, y ahora, en este Tercer Paso, confiamos nuestros problemas al cuidado de Dios.

Cuarto Paso

Sin temor, hicimos un sincero y minucioso exámen de conciencia.

Tenemos que examinarnos para saber lo que verdaderamente somos -buenas cualidades y también defectos-.

No es fácil enfrentarse a los defectos; todos estamos acostumbrados a justificarnos, hallando buenas razones para nuestras actitudes y acciones. ¿Le hemos echado la culpa al alcohólico por cada crisis, por cada problema?.

Debemos ahora ser justos y honestos al evaluar nuestras buenas cualidades; éste es el fundamento de lo que vamos a edificar.

Quinto Paso

Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.

Una vez que hemos admitido ante nosotros mismos las faltas que podemos descubrir, sentiremos qué gran alivio es reconocerlas ante Dios y pidiéndole nos ayude a eliminarlas. Mayor alivio tendremos al contarlas a un amigo comprensivo, médico, sacerdote o miembro de tu grupo Al-Anón.

Sexto Paso

Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.

Este proceso es, en efecto, una continuación del Quinto Paso. Tendrás necesidad de ayuda espiritual para tu programa, a fin de eliminar las faltas que te están causando tantas dificultades; la única forma es recurrir a Dios y pedirle ayuda.

La clave del Sexto Paso es la frase "Estuvimos enteramente dispuestos".

Séptimo Paso

Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.

De nuevo acudimos a nuestro Poder Superior, entregándole el problema de las faltas que ahora estamos tan deseosos por librarnos. Pedimos que nos guíe, no sólo una vez, sino repetidamente cada día, recordándonos la tremenda tarea que tenemos por delante. La palabra clave es "humildemente". La humildad nos ayudará a vernos en la verdadera perspectiva y mantener nuestra mente abierta a la verdad.

Octavo Paso

Hicimos una lista de todas las personas a quiénes habíamos perjudicado y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.

Podemos perjudicar gravemente a los demás cuando dejamos que nuestra vida quede totalmente absorbida por el problema alcohólico. No sólo distorsiona nuestra actitud y comportamiento hacia el alcohólico, sino hacia otros miembros de la familia y hacia nuestros amigos. Podemos perjudicarlos abiertamente, al descuidarlos o pasar por alto sus necesidades.

Si esta culpa nos pesa, consciente o inconscientemente, debemos borrarla enmendándonos. Sólo entonces podemos tener paz mental y una norma más racional de pensamiento y comportamiento.

Noveno Paso

Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicado a un tercero.

Se requiere un estudio cuidadoso de las circunstancias para decidir si la reparación puede hacerse sin causar más daños. Depende de las personas que están implicadas, la naturaleza de la situación, y quizá incluso de los cambios que hay que efectuar si ha transcurrido mucho tiempo. Será útil consultar el caso con una persona en quien se tenga confianza.

Lo importante del Noveno Paso es reparar en cuanto es posible y justo hacerlo cuando todos los factores han sido considerados.

Décimo Paso

Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo nuestras faltas espontáneamente, al momento de reconocerlas.

La evaluación propia, el examen de conciencia debe ser un proceso diario y constante. Deberíamos ahora haber desarrollado hasta el punto de reconocer un comportamiento áspero o imprudente de nuestra parte, y corregirlo inmediatamente.

Puesto que nuestro interés es el alcohólico y nuestras reacciones causadas por la bebida, debemos tener especial cuidado en no volver a nuestros antiguos hábitos de regaños, quejas, mando, hipocresía o cualquier pauta que hubiéramos utilizado. Lo que hacemos y decimos en relación con el alcohólico puede influir en él para mejorarlo.

Undécimo Paso

Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de El, y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer su Voluntad y las fuerzas para cumplirla.

Como ahora comprendemos más claramente nuestros problemas, cada día renovamos nuestra fe y nuestro valor. A medida que meditamos esta nueva forma de vida, nos vamos dando cuenta de que estamos guiados durante cada una de las veinticuatro horas y nos volvemos más conscientes de Dios cuando experimentamos el poder de su guía.

Cada mañana pedimos a Dios, según nuestro propio entendimiento de El, que nos guíe y nos dé fortaleza y valor para cumplir Su voluntad; al final de cada día le damos gracias por su ayuda.

Duodécimo Paso

Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas y a practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Esta es la culminación triunfal -el resumen - de los Doce Pasos. Es el reconocimiento de que hemos logrado una conciencia profunda de Dios y de nuestra relación con El, y de que estamos dispuestos a continuar la obra de llevar a otros la luz que hemos encontrado.

Estos pasos dan resultados en aquellos que los necesitan y los desean. Pueden ayudarnos a hallar una respuesta a todos nuestros problemas. Sólo cuando practicamos estos principios en todos nuestros asuntos y demos desinteresadamente lo que hemos recibido, encontraremos la paz mental que anhelamos.

Puede observarse que los Doce Pasos dan pautas de reflexión, tendientes a generar un cambio en la forma de pensar y actuar ante el familiar alcohólico, lo cual conlleva a tener mejorías a nivel personal y familiar, solamente que existe una gran base de tipo espiritual, que podría ser funcional dependiendo de la personalidad para algunos individuos y no para otros.

Las doce tradiciones

- 1.- Nuestro bienestar común debiera tener la preferencia; el progreso individual del mayor número depende de la unión.
- 2.- Existe sólo una autoridad fundamental para regir los propósitos del grupo: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de cada grupo. Nuestros dirigentes son tan sólo fieles servidores, pero no gobiernan.
3. Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para prestarse mutua ayuda, pueden llamarse un Grupo Familiar AL-ANON, siempre que, como grupo, no tengan otra afiliación. El único requisito para ser miembro es tener un pariente o un amigo con un problema de alcoholismo.
- 4.- Cada grupo debiera ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos, o AL-ANON o A.A. en su totalidad.
- 5.- Cada Grupo Familiar AL-ANON persigue un sólo propósito: prestar ayuda a los familiares de los alcohólicos. Logramos esto, practicando los Doce Pasos de A.A. nosotros mismos, comprendiendo y estimulando a nuestros propios familiares aquejados por el alcoholismo, y dando la bienvenida y brindando alivio a los familiares de los alcohólicos.
- 6.- Nuestros grupos, como tales, jamás debieran apoyar, financiar, ni prestar su nombre a ninguna empresa extraña, para evitar problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro objetivo espiritual que es el primordial. Aun siendo una entidad separada, deberíamos cooperar siempre con Alcohólicos Anónimos.
- 7.- Cada grupo ha de ser económicamente autosuficiente y, por lo tanto, debe rehusar contribuciones externas.
- 8.- Las actividades prescritas por el Duodécimo Paso en AL-ANON nunca debieran tener carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden contratar empleados especializados.
- 9.- Nuestros grupos, como tales, nunca debieran organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones directamente responsables ante las personas a quienes sirven.
- 10.- Los Grupos Familiares AL-ANON no deben emitir opiniones acerca de asuntos ajenos a sus actividades. Por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

- 11.- Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción. Necesitamos mantener siempre el anonimato personal en la prensa, radio, televisión y el cine. Debemos proteger con esmero el anonimato de todos los miembros de A.A.
- 12.- El anonimato es la base espiritual de nuestras Tradiciones y siempre nos recuerda que debemos anteponer los principios a las personas.

Se perciben las Tradiciones como el reglamento que debe existir al interior de estos grupos.

Como palabra clave manejan Hoy, esto lo retoman del antiguo poeta persa Omar: "El mañana no ha nacido, el ayer está muerto, ¿Por qué atormentarse pensando en ellos si el día de HOY es tan "agradable? "

Los lemas del A.A. y Al-Anón

- Primero ,las cosas mas importantes.
- Hazlo con calma.
- Viva y deje vivir
- Sólo por la gracia de Dios
- Mantén un criterio abierto.
- Suelta las riendas y entrégaselas a Dios.
- Sólo por hoy..
-

- Los logros que obtienen las personas que acuden a grupos Al-Anón son: cambios en su actitud, aprenden a evitar pleitos, a vivir y dejar vivir, a utilizar su energía emocional positivamente al desapegarse de su familiar alcohólico, a propiciar una crisis para que éste toque fondo, se responsabilizan de sí mismos, emplean como una adecuada estrategia el amor y la comprensión, no consienten, alegan, halagan o regañan. Asimismo consideran que cualquier momento es bueno para iniciar un tratamiento, ya sea para ellos o el adicto.

Todos los beneficios señalados los adquieren al incorporar a su personalidad toda la filosofía que se maneja en grupos Al-Anón.

Otras alternativas de tratamiento son las siguientes:

Diversos autores entre ellos Guillermina Natera, Adriana Nava y Jim Orford (1993), han señalado, que así como la familia ha sido acusada como generadora o promotora de problemas de tipo social, de igual forma constituye un importante recurso para prevenir y disminuir la mayoría de las alteraciones.

María Elena Medina Mora et. al (1992), señalan sobre la prevención "que consiste en anticipar un problema y establecer medidas oportunas que permitan corregir los factores que determinan un problema. La prevención puede considerarse a nivel primario (reducción de la incidencia), a nivel secundario (reducción de la prevalencia) o terciario (tratamiento y rehabilitación)".

Para Guillermina Natera y Adriana Nava (1993) "la respuesta de la sociedad al uso y abuso del alcohol depende de las actitudes emocionales e intelectuales del: usuario, del médico, del psicólogo, etc., es decir de todo aquel que tenga que ver con el tema. Si sabemos que las actitudes pueden ser resultado de prejuicios, conceptos erróneos, malas interpretaciones, rumores, ignorancia, ambigüedades morales, ideas confusas, etc., entonces lo que se concluye primero es que hay que proporcionar la información necesaria, oportuna y veraz. Primero hay que señalar que el alcohol debe recuperar su identidad como droga, y como tal su uso debe hacerse bajo ciertas normas, reglas explícitas o implícitas pero que nos recuerdan que nosotros mismos debemos tener el control y no a la inversa".

"Dado que el cónyuge juega un papel relevante en la adicción, es importante enseñar a éste a detectar algunas conductas que son comunes y que pueden ayudar a descubrir si tiene un problema en la familia:

- Negación simple (a mí no me pasa esto)
- Minimización del consumo
- Culpando o proyectando en los otros su responsabilidad
- Racionalizando (ofreciendo disculpas, explicaciones a los otros de su consumo)
- Intelectualizando (teorizar sobre el problema)
- Cambiar el tema
- Hostilidad y enojo lo cual no es fácil porque el cónyuge pasa por este proceso que es la codependencia.

En el alcoholismo se pasa por todo este proceso de negación, lo que se ha llamado la "conspiración del silencio o silencio mortal"; sin embargo, también es cierto que esta actitud no podría perpetuarse si no tuviera un soporte cultural", y es ahí en la cultura en donde tenemos que incidir".

Señalan la información que puede darse a la comunidad en especial a los cónyuges y que acciones deben realizarse. Sugieren enseñar sobre lo que es el alcoholismo, incluyendo sus fases, apoyar de acuerdo con lo aprendido, identificar aspectos de sí mismo (depresión, coraje, resentimiento), solicitar apoyo a grupos de autoayuda, enfocar los métodos de tratamiento hacia la ayuda, evitar actitudes de superioridad, persuadir a través de amenazas no cumplidas y el chantaje emocional.

Respecto de las formas de identificar repercusiones en los niños sugieren observar los siguientes aspectos en el ámbito escolar: inasistencia a clases, falta de interés, bajo rendimiento escolar, descuido, mínima interacción en el grupo, evitan hablar de temas familiares.

Eduardo Kalina (1990), considera que es conveniente que los co-adictos, reciban tratamiento psicoterapéutico. En caso de que su familiar sea directo, sugiere se incluya en terapia familiar. Comenta que sus actitudes durante la terapia son similares a las del adicto, sólo que tienen más capacidad y velocidad para adquirir nuevos modelos de conducta.

Sugiere que los grupos terapéuticos o de orientación son útiles para modificar conductas y que éstos sean mixtos de adictos y co-adictos.

También Guillermina Natera (1989), señala que "como modelos de tratamiento en familia están las diversas terapias de pareja o las derivadas de la teoría de sistemas, las cuales consisten en identificar los diferentes roles que tiene cada miembro y observan si estos roles son funcionales y proveen una defensa al dolor emocional de cada individuo, asegurando la supervivencia del sistema.

La mayoría de los tratamientos se centran en el bebedor problema, en el funcionamiento de la dinámica familiar y más recientemente en el modelo ecológico, el cual incluye a población de recursos económicos bajos y proporcionan orientación sobre organización familiar, salud, economía, aspectos legales y económicos.

Díaz Fernández O. et. al (1993), han enfocado el tema de la resistencia al tratamiento en familias de toxicómanos y expresan que los padres y la familia ejercen una influencia determinante. Mencionan que generalmente la familia acude a terapia como último recurso y cuando perciben cierto riesgo en el proceso terapéutico en donde ven amenazada su estabilidad, su forma de reaccionar es poniendo barreras y abandonando dicha atención. Manifiestan de diferente manera sus resistencias, ya sea justificándose de no poder asistir por problemas de trabajo, horarios, lejanía, etc. Otras veces por tener pocas expectativas de que su hijo o familiar pueda salir adelante, el que la madre al ser permisiva no lleve a cabo la sugerencias del terapeuta y el boicoteo del propio adicto mediante sus quejas, fugas, amenazas, recaídas, etc.

La resistencia al tratamiento es considerada como parte de la sintomatología que prevalece en la dinámica familiar y cualquier intervención es percibida como una amenaza ante el equilibrio de la misma, siendo necesario reestructurar las formas de interacción para obtener cambios. Consideran conveniente involucrar al padre, haciendo de su conocimiento que el progreso de su hijo está vinculado a su participación.

En el artículo La Familia ante las Adicciones (1991), Guillermina Natera, señala "ocho formas de enfrentar, utilizadas por las esposas e hijos de consumidores problema: emocional (discutir, rogar, etc.); tolerante (encubrir, consumir alcohol o drogas con el usuario, etc.); controladora (buscar la bebida o droga del usuario, tratar de interferir con su abastecimiento, etc.); evitadora (aislarse, no hablar, etc.); inactiva (mostrar indecisión, preocupación constante sin acción, etc.); confrontativa (explicar los propios sentimientos, formular las propias expectativas, etc.) apoyadora del usuario (mostrar disposición a hablar del tema con el usuario, alentar acciones positivas etc.); independiente (conservar o desarrollar nuevas relaciones, intereses, etc.)

Para Melody Beattie (1992), la recuperación es todo un proceso. Sugiere un cambio de actitudes positivas en el codependiente, que trabaje con afirmaciones y aprenda a superar y analizar todas las áreas que le han generado conflicto y de ser necesario solicite ayuda profesional.

María Esther B. De Castillo, et.al (1994), enfatiza la importancia del manejo de los sentimientos negativos, para ir generando y/o favoreciendo el pensamiento positivo.

Planteamiento del Problema.

En la atención y tratamiento de adictos, frecuentemente se observa, que estos se ven afectados como resultado de estar en contacto con un miembro que presenta una conducta adictiva, desarrollando problemas emocionales por lo que son considerados como co-adictos. En la mayoría de instituciones y/o agrupaciones, dicha atención se centra en el adicto, dejándose un tanto al margen la del familiar, situación que no permite realizar una labor de prevención, así como también el que se proporcione un tratamiento simultáneo.

Es importante señalar, que la familia es portadora de la salud y de la enfermedad mental y en aquellas que son disfuncionales las conductas y roles son repetitivas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en nuestro país en 1993 por la Secretaría de Salud, se obtiene "que dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos 53.7% está entre los 12 y 18 años y el 70% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres (n= 14,914,519 y 13,293,275 respectivamente).

En dicha encuesta se señala, "que los problemas asociados al consumo de alcohol son la violencia familiar, riñas en calles y accidentes entre otras consecuencias. Los datos de los servicios forenses demuestran que la ingestión alcohólica está fuertemente asociada a accidentes y muertes violentas, en promedio son 16 de cada 100 que presenta ingesta alcohólica".

Otro dato muy importante, es que el 70.%% de la población bebedora tiene como antecedente consumo de alcohol de sus padres, lo cual nos dá evidencias de las conductas y roles repetitivos a nivel familiar.

Toda esta información, nos proporciona indicadores del fuerte problema que representa el alcoholismo a nivel nacional, así como también de la cantidad de familias que resultan afectadas y del elevado número de co-adictos que hay en nuestro país.

Es por ello, que surge la necesidad de efectuar la presente investigación con el fin de conocer los factores de riesgo que mantienen la codependencia, planteándose lo siguiente:

¿Qué factores de riesgo mantienen la codependencia?

Objetivo General

- Identificar cuales son los factores de riesgo que influyen en el mantenimiento de la codependencia.

Objetivos Específicos

1. Identificar cuál de los factores de riesgo es el de mayor influencia en la codependencia, sea: el familiar, el individual o el social.
2. Desarrollar un instrumento que mida codependencia

Hipótesis.

En la interrelación de los factores de riesgo de la codependencia, es más determinante la familia que el factor individual y el ambiental.

Ho= A mayor factor de riesgo familiar, mayor codependencia:

H1= A menor factor de riesgo familiar, mayor codependencia.

Ho= A mayor factor de riesgo individual, mayor codependencia.

H1= A menor factor de riesgo individual, mayor codependencia.

Ho= A mayor factor de riesgo social, mayor codependencia.

H1= A menor factor de riesgo social, mayor codependencia.

Variables

Variable Dependiente

- Codependencia.

Variables Independientes:

- Factores Individuales
- Factores Familiares
- Factores Sociales

Definición Conceptual de Variables.

Concepto de Codependencia (Variable Dependiente)

Para Rodríguez – Martos (1989) “el concepto de codependencia es un concepto nuevo para recoger una realidad vieja; éste se ha querido englobar en la categoría de “trastorno mixto de personalidad” (301.89 del D.S.M. III): individuo que no es encuadrable dentro de un trastorno único de personalidad, pero que tiene marcados rasgos de varios trastornos de personalidad”.

Algunos autores utilizan como sinónimo el término de co-adicción, Eduardo Kalina (1990), define como “co-adictos a aquel o aquellos parientes o amigos que se dedican a corregir, cuidar, salvar, curar, etc. al adicto. Esto se debe a que se involucran en todas las aberraciones de la vida del mismo, como las conductas repetitivas, adictivas, o de otro tipo, que a veces son hasta peligrosas para la integridad física y social de ambos, sufriendo y frustrándose por los reiterados fracasos”.

Factores Individuales: Personalidad Adictiva

(Variable Independiente)

Según Arturo Ortiz (1992) “la personalidad adictiva es el conjunto de pautas de conducta que determina la respuesta ante una situación particular, identificándose mecanismos como la necesidad innata de dependencia, la multicasualidad de la conducta, lo repetitivo de los patrones de respuesta y la importancia de las experiencias infantiles en la conformación de la personalidad”.

Familia (Variable Independiente)

Para Ackerman (1986) “La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud.”.

Medio Ambiente (Variable Independiente)

Es el lugar donde se desarrolla y desenvuelve el individuo y del cual retoma sus valores, hábitos, costumbres y patrones de interacción en la vida social.

Definición Operacional de Variables.

I.- Factores Individuales

- | | |
|---------|-----------------|
| 1.- | Datos Generales |
| 1.1.- | Edad |
| 1.1.1.- | 18 - 21 |
| 1.1.1.- | 22 - 25 |

- 1.1.3.- 26 - 29
- 1.1.4.- 30 - 33
- 1.1.5.- 34 - 37
- 1.1.6.- 38 - 41
- 1.1.7.- 42 - 45
- 1.1.8.- 46 - 50
- 1.2.- Sexo
- 1.3.7.- Otros

1.4.- Escolaridad

- 1.4.1.- Analfabeta
- 1.4.2.- Primaria
- 1.4.3.- Secundaria
- 1.4.4.- Preparatoria
- 1.4.5.- Nivel Técnico
- 1.4.6.- Profesional

2.- Factores Individuales

- 2.1.- Figuras de Identificación
- 2.2.- Figuras de Autoridad
- 2.3.- Figuras de Apoyo
- 2.4.- Etapa de Conflicto
- 2.5.- Etapa Gratificante

3.- Adolescencia

- 3.1.- Relaciones Interpersonales
- 3.2.- Autoestima
- 3.3.- Rol en la Familia

- 3.4.- Rol Social
- 3.5.- Metas e Intereses
- 3.6.- Figuras de Apoyo
- 3.7.- Conflictos en la Adolescencia
- 3.8.- Antecedentes de Adicción

4.- Adulterez

- 4.1.- Rol Social
- 4.2.- Ocupación
- 4.3.- Tipo de Adicción
- 4.4.- Autoestima
- 4.5.- Elección de Pareja
- 4.6.- Conflictos con la Pareja
- 4.7.- Expectativas ante la Vida
- 4.8.- Identificación de Fuentes de Presión
- 4.9.- Identificación de Reacciones ante el Stress
- 4.10.- Capacidad de Decisión e Intervención

II.- FACTORES FAMILIARES

- 1.- Tipo de Familia
 - 1.1.- Por su Estructura
 - 1.1.1.- Completa
 - 1.1.2.- Incompleta
 - 1.1.3.- Reconstruida

- 1.2.- Por su Organización
 - 1.2.1.- Nuclear
 - 1.2.2.- Extensa
 - 1.2.3.- Reconstruida
- 1.3.- Por su Estrato Social
 - 1.3.1.- Familia Marginal
 - 1.3.2.- Urbana
 - 1.3.3.- Rural
- 2.- Dinámica Familiar
 - 2.1.- Roles
 - 2.2.- Autoridad
 - 2.3.- Normas
 - 2.4.- Comunicación
 - 2.5.- Interacción Familiar
 - 2.6.- Afecto
 - 2.7.- Organización
 - 2.8.- Número y Lugar del Codependiente
- 3.- Tipo de Adicción
 - 3.1.- Alcohol
 - 3.2.- Drogas
 - 3.3.- Anfetaminas
 - 3.4.- Conductas Adictivas
- 4.- Identificación de Adicciones en la Familia
 - 4.1.- Familia de Origen
 - 4.2.- Pareja de Padres

- 4.3.- Familia Actual
- 4.4.- Pareja del Codependiente
- 4.5.- Hijos

5.- Identificación de Conflictos por Adicción

- 5.1.- Enfermedades
- 5.2.- Muertes
- 5.3.- Crisis en la Familia
- 5.4.- Pérdidas Económicas y Laborales
- 5.5.- Problemas Legales

6.- Utilización de Recursos de Apoyo y Atención

- 6.1.- Búsqueda de apoyos
- 6.2.- Toma de Decisiones
- 6.3.- Utilización de Grupos de Autoayuda
- 6.4.- Atención Médica
- 6.5.- Tratamiento

III.- FACTOR SOCIAL

1.- Lugar de Origen

- 1.1.- Estado
- 1.2.- Ciudad
- 1.3.- Delegación
- 1.4.- Comunidad Rural

- 2.- Movilidad Social
 - 2.1.- Cambio de Lugar de Residencia
 - 2.1.1.- De Rural a Urbano
 - 2.1.2.- De Estado
 - 2.1.3.- De Ciudad
 - 2.1.4.- De Delegación
 - 2.1.5.- De Barrio o Colonia
- 3.- Ocupación
 - 3.1.- Con Oficio
 - 3.2.- Sin Oficio
 - 3.3.- Técnico
 - 3.4.- Profesional
 - 3.5.- Otros
- 4.- Religión
 - 4.1.- Actividad Religiosa
 - 4.2.- Tipo de Religión
- 5.- Identificación de Problemas por Adicción
 - 5.1.- En la Comunidad
 - 5.2.- En la Familia
 - 5.3.- Sociales
 - 5.4.- Laborales
- 6.- Interacción Social
 - 6.1.- Tipo de Convivencia

Sujetos

La población de esta investigación se conformó por un total de 60 personas que acudieron a los Grupos de Autoayuda de Al-Anón y a Instituciones especializadas en la atención de adictos como son el INSAME DIF, CENCA y del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Secretaría de Salud, dentro de los que se incluyeron a esposos, esposas, padres, hijos y hermanos, correspondiendo el 88% al sexo femenino y el 12% al masculino. Para los resultados que se reportan se eliminaron 2 sujetos cuyos valores omitidos impidieron al análisis estadístico.

Criterios de Inclusión

- Familias con integrantes adictos a drogas y alcohol, en etapa adolescente o adulta.
- Cónyuges o padres de familia que convivían con el adicto.
- Qué pertenezcan a cualquier estrato social.
- Qué acepten participar en el proyecto.

Criterios de Exclusión

- Familias sin integrantes adictos.
- Qué no acepten participar en el proyecto.

Muestras

Se empleó el muestreo Aleatorio Simple dentro de las instituciones previamente citadas.

El total de la población corresponde a los miembros de la familia que en ese período solicitaron atención, o bien que se encontraban en tratamiento.

Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo prospectivo, transversal, descriptiva y observacional.

Instrumento y/o Materiales

El instrumento utilizado fue un cuestionario autoaplicado de preguntas abiertas y cerradas. En algunos casos, debido al nivel educativo bajo de las personas que participaron, fue necesario obtener la información mediante una entrevista, al existir disposición para colaborar en esta investigación. (Se anexa cuestionario)

Procedimiento.

En primer lugar, el instrumento fue piloteado en las instituciones citadas, lo cual permitió efectuar las adecuaciones correspondientes conforme con las variables de esta investigación.

Esta investigación se llevó a cabo en forma conjunta con el Programa de Farmacodependencia del INSAME DIF, es por ello que los trámites para la solicitud de autorización y apoyo emanaron de esta institución, lo cual permitió tener un mayor acceso; sin embargo en las oficinas de Grupos Al-Anón y CENCA primero analizaron el cuestionario y después brindaron facilidades para su aplicación.

Previamente, se indicó a los familiares que se estaba llevando a cabo la aplicación de cuestionarios para detectar cómo influyen los factores familiares, ambientales y de la personalidad en el mantenimiento de la codependencia, señalándose la importancia de su participación para poder encontrar otras alternativas de tratamiento.

Análisis Estadístico de los Datos.

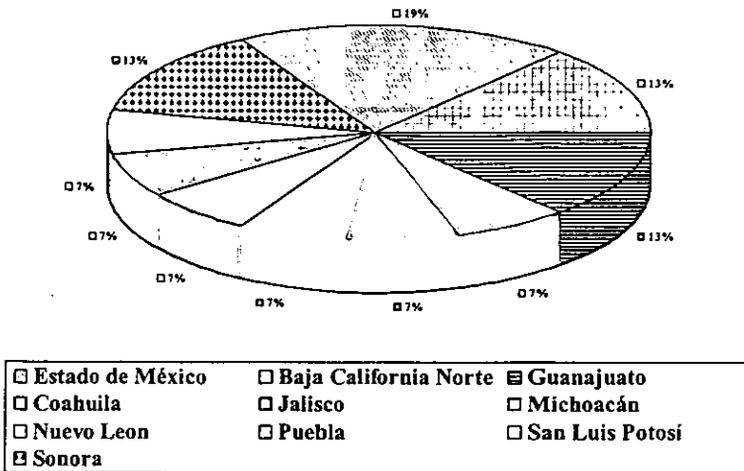
Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente correlacional. Los resultados se presentan por medio de tablas de datos y gráficas.

Capítulo V Análisis e interpretación de datos

Con la finalidad de presentar un panorama general de la muestra de estudio, se aplicó un análisis descriptivo del cual se pueden observar los siguientes resultados:

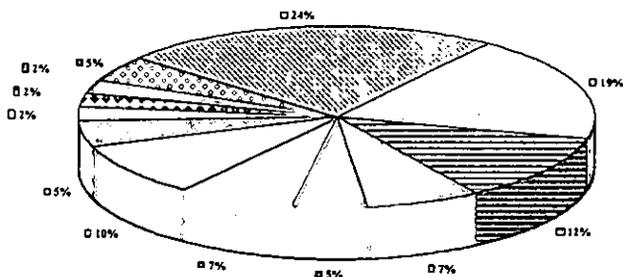
En lo que respecta al lugar de procedencia en la muestra general, el mayor porcentaje se ubica en el Distrito Federal (74%), el resto se distribuye en diferentes Estados de la República, tal y como puede observarse en la siguiente gráfica.

Lugar de procedencia interior de la República



El 74% restante de la muestra cuyo lugar de procedencia es el Distrito Federal, habita en diversas Delegaciones Políticas, de las cuales sobresalen el 17% en la Delegación Iztapalapa, el 14% en Iztacalco, el 8% en la Gustavo A. Madero y el 7% en la Miguel Hidalgo, correspondiendo estos datos a las zonas del Distrito Federal en que prevalece mayor índice delictivo y/o problemas sociales.

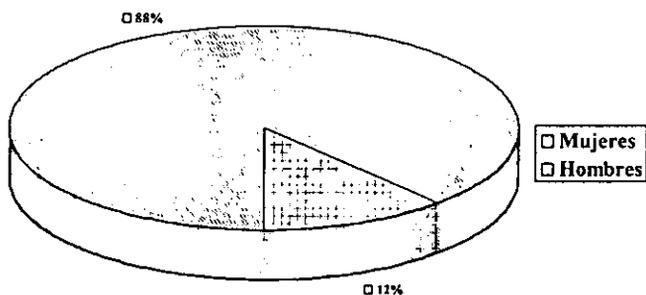
Delegación de Residencia Distrito Federal



Iztapalapa	Iztacalco	Gustavo A. Madero
Atzacapotzalco	Alvaro Obregón	Magdalena Contreras
Miguel Hidalgo	Tlapan	Benito Juárez
Coyoacán	Cuahutémoc	Xochimilco

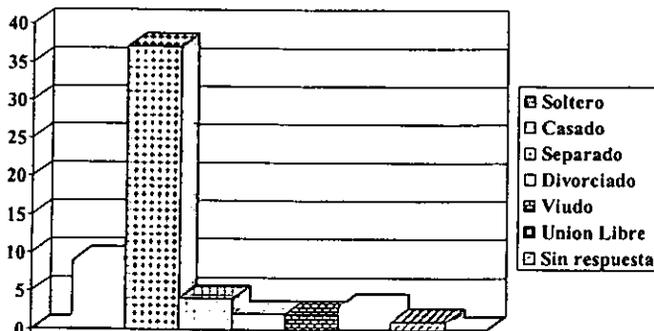
Con respecto al sexo, el 88% de los codependientes de la muestra, corresponde al sexo femenino y el 12% al masculino, lo cual permite considerar que son las mujeres quienes más manifiestan conflictos emocionales ante la adicción de su familiar,

Sexo



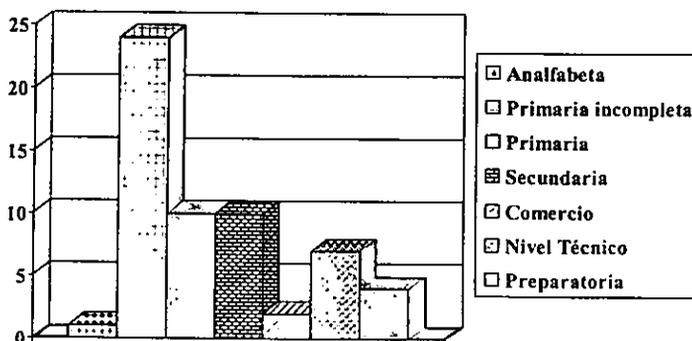
Por otra parte, en lo que respecta al estado civil, el 64% de la muestra son casados, manteniendo interacción con el adicto; el 16% son solteros; el 7% son separados, siendo uno de los motivos la conducta adictiva de su pareja. En el 3% el familiar ya falleció.

Estado Civil



Pudo observarse que el 75% de los codependientes poseen un nivel cultural elemental, prevaleciendo dentro de ellos los que cuentan con primaria incompleta (41%). Solamente el 12% ha tenido una formación técnica, y media en el 7%.

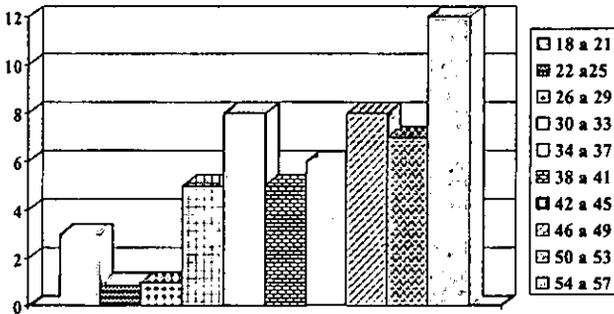
Escolaridad



Esto permite observar, que en el ámbito profesional existe en menor proporción la conducta codependiente, o bien que recurren a recibir orientación a otras instituciones.

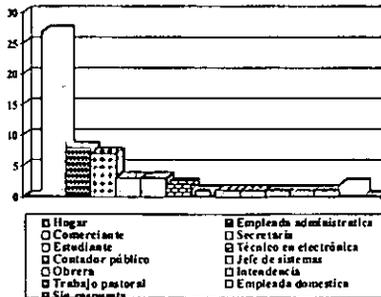
Con respecto a la edad, es en la etapa de adultez en donde la gran mayoría de los codependientes manifiesta alteraciones emocionales ante la conducta adictiva de su familiar; el 21% corresponde a los que oscilan entre 54 y 57 años y el 28% a los de 34 a 37 años y 46 a 49 años. Es evidente, que casi en la mitad de la población, este problema ha persistido durante varios años de su vida.

Edad



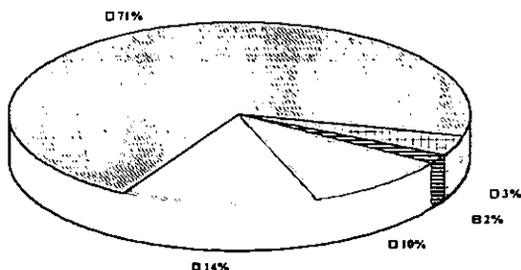
El 46% de los codependientes no realizan actividades remunerativas, sólo se dedican a las del hogar; el 14% son empleadas administrativas y el 12% son comerciantes, el resto realiza diversas actividades. Solamente una persona expresó ser contador público, pero se infiere que es privado porque no corresponde con su formación educativa.

Ocupación



El 71% profesan religión católica, posiblemente por ello tienden a ser más tolerantes ante la adicción de su familiar. EL 10% no muestran manifestaciones de fe, es probable que esta situación también prevalezca en los que no respondieron.

Religión



Católica
 Cristiana
 Evangelica
 Sin religión
 Sin respuesta

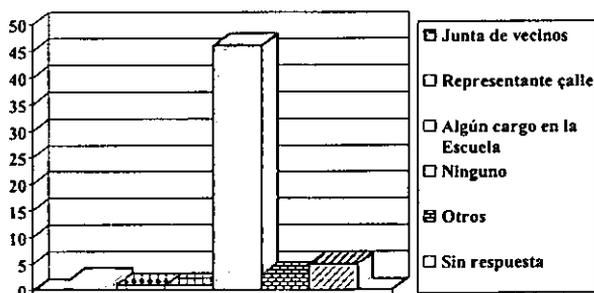
Además de los aspectos sociodemográficos en general, también fueron recolectados datos con respecto a relaciones interpersonales, así como uso de sustancias y otras adicciones. A continuación se presentan los resultados observados:

Con los que respecta a los cambios de domicilio, el 51% de los codependientes ha tenido cambios de domicilio, de un estado a otro (17%), de una delegación a otra (17%) y de una casa a otra (17%), lo cual nos señala la constante movilidad social que existe en ellos. El 34% no respondió la pregunta.

Por otra parte, referente a su participación social en la colonia; el 79% de los codependientes no tienen una participación social activa en su colonia, lo cual aumenta la posibilidad de que ante la adicción de su familiar tiendan a aislarse y a evitar la socialización.

Sólo el 3% participa en Junta de Vecinos, el 2% es representante de su calle o edificio y otro 2% tiene algún cargo en la escuela.

Participación social en la colonia



En lo que se refiere a la convivencia de los vecinos, el 60% de los codependientes manifestó mantener relaciones amigables con los vecinos; en el 19% son superficiales y en el 20% o son indiferentes o bien no existe interrelación.

Pudo observarse con respecto al uso de alcohol y drogas en la colonia; de acuerdo al orden de importancia, los codependientes consideran que en primer lugar los problemas que se presentan en su colonia son : robos y asaltos (13), riñas callejeras (12) y de todo tipo de situaciones (9); en segundo lugar, riñas callejeras (8), vagancia y desocupación (7) y problemas legales (6); y en tercer lugar riñas callejeras (6), vagancia y desocupación y encuentro de bandas (3); podemos observar que prevalece una conducta agresiva, delictiva e inactividad, lo cual puede conllevar a problemas legales; es decir, que el ambiente social es de riesgo.

Acorde a las situaciones que a nivel social y familiar provocan el consumo de alcohol y drogas, los codependientes señalan en primer lugar conflictos familiares (16), todas las variables planteadas (15) (enfermedad, desempleo, problemas familiares, con vecinos, escolares y económicos) y enfermedades (11).

En segundo lugar conflictos familiares (10), desempleo (5) y problemas económicos y en tercer lugar conflictos familiares (4) y problemas económicos.

Podemos señalar, que la población de codependientes reconoce que las principales repercusiones ante el consumo de alcohol y drogas se manifiestan al interior de la familia, generándose conflictos, con problemas económicos y de salud, así como también se hace presente el desempleo.

Los codependientes consideran que para el uso de drogas y alcohol ejercen mayor coerción en primer lugar los familiares (9) y vecinos (5); y en segundo lugar la publicidad (12), los compañeros de escuela o trabajo (9) y los familiares (5). Es decir, que los ambientes familiares, laborales, escolares y publicitarios son provocadores de consumo de este tipo de sustancias.

Dentro del ambiente social de los codependientes, la sustancia que en primer lugar se consume es el alcohol (52); en segundo lugar los inhalantes (32) y marihuana (9); y en tercer lugar la marihuana (22) y pastillas (6). Es decir, que el alcohol, inhalantes y marihuana son las drogas de mayor consumo.

Haciendo referencia al aspecto familiar, ha de hacerse notar que el 72% de los codependientes forma parte de una familia completa; en el 14% es incompleta (la constituyen madre e hijos); el 9% es extensa (se incluyen otros familiares), y el 3% está iniciando una nueva familia.

En el 29% de la población, es la madre y alguno de los hijos quienes se encargan de atender las labores del hogar; en el 28% toda la responsabilidad reside en la madre; pero casi en la cuarta parte (24%) es compartida por la pareja y en el 13% participan todos los integrantes de la familia; sólo en el 2% es el padre quien asume esta tarea.

Podemos observar, que en gran parte de la población prevalece esta actividad como responsabilidad de la madre e hijos (57%).

Con respecto a las fuentes de apoyo, la mayoría de los codependientes al presentar algún problema de salud, económico y familiar recurren a solicitar apoyo en primer lugar a la madre (16), a ambos padres (16) o al padre (10); y en segundo lugar a familiares (8) y a la madre (7). Es decir, que al parecer la ayuda se intenta proporcionar desde el interior del núcleo familiar.

La población considera, que sus principales momentos de convivencia son en primer lugar durante los alimentos (22), cuando hay problemas (14) y en otros momentos (9); en segundo lugar durante los alimentos (10) y diversiones (7); y en tercer lugar, sólo en las diversiones. Esto nos indica, que la mayor interacción se genera al consumir alimentos, pero llama la atención, que varios de ellos manifiesten que se interrelacionan cuando hay problemas y en diversiones, lo que nos habla de relaciones familiares superficiales.

El 50% de los codependientes manifiesta convivir diariamente con sus familiares; el 33% sólo los fines de semana; el 12% una vez al mes, siendo muy limitada la interacción y en el 5% no existe relación.

Acorde a su relevancia, los codependientes consideran que el tipo de relación dentro de su familia de origen es en primer lugar afectiva (39), distantes e indiferentes (9) y tensas y explosivas (4); y en segundo lugar agresivas verbal y físicamente (7), y distantes e indiferentes (3). Podemos observar, que en varias familias las relaciones son conflictivas.

Dentro de las familias de los codependientes, en primer lugar su tipo de comunicación es mediante el diálogo (29), con discusión (22) y con peleas (6); en segundo lugar dialogando (13), y con discusión (3); y en tercer lugar insultando (2).

Es decir, que correlacionando el tipo de relación con el de comunicación, podemos percatarnos de que los casos que manifiestan relaciones afectivas se comunican dialogando y en el resto de la población, prevalecen relaciones de conflicto al existir discusiones y agresión verbal.

Los codependientes perciben que en primer lugar la comunicación que establecen es suficiente (20), insuficiente (19) y de buena calidad (8); en segundo lugar suficiente (2), indirecta (2) y la evitan (1). Nuevamente se presenta la polaridad entre suficiente e insuficiente coincidiendo con los reactivos anteriores.

Principalmente el manejo de normas es en primer lugar a través de explicaciones (41), regaños (9), premios y castigos (4) y no existiendo disciplina (4); y en segundo lugar mediante regaños (11) y castigos (5). Es decir, que en la mayoría de las familias de los codependientes las normas tienden a ser flexibles. En menor proporción, se encuentran las familias en que hay permisividad.

El parentesco de los codependientes con el familiar que presenta una conducta adictiva, es en primer lugar esposo (27), hijos (20), padre (6), hermano (4) y madre (1); en segundo lugar esposo (7), hermano (5), padre (2) y madre (2). Primordialmente sobresale que el parentesco es de esposos e hijos, aunque también existen casos de hermanos y del padre o la madre, es decir, que el codependiente puede ser cualquiera de los miembros de la familia o quizá el más vulnerable.

Correlacionando este reactivo con el de tipo de relación, de comunicación y calidad de esta última, podemos apreciar que existe contradicción en los datos que aportan, porque al cuestionarse al respecto de las situaciones que han afectado la vida familiar en los últimos 5 años, señalan en orden de importancia en primer lugar: problemas de comunicación (34), con la familia (8), económicos (5), de salud (3), abandono del hogar (3) y agresión verbal y física (2); en segundo lugar: agresión verbal y física (13), problemas con la familia (12), económicos (7), de pareja (6) y pérdida de trabajo (2); en tercer lugar: problemas de pareja (9), económicos (8), abandono del hogar (5), pérdida de trabajo (3), agresión verbal y física (3), problemas legales (2), separaciones (2) y enfermedad (2), lo cual nos señala que prevalece una dinámica familiar disfuncional en los codependientes.

Dentro de las familias de los codependientes, las repercusiones que la adicción ha provocado en los hijos en orden de importancia son en primer lugar: darles un mal ejemplo (13), poca confianza en sí mismo (inseguridad, 7), problemas en su conducta (4), falta de respeto (3) y bajo aprovechamiento escolar (2); en segundo lugar darles un mal ejemplo (12), inseguridad (10), falta de respeto (6), bajo aprovechamiento escolar (3) y agresión (3); en tercer lugar inseguridad (8), problemas en su conducta (4), bajo aprovechamiento escolar (3) y agresión (3). Es decir, que varios aspectos de su personalidad se ven alterados y va a generarse el riesgo de que se manifiesten conductas repetitivas en el futuro a nivel familiar.

El 40% de la población codependiente desconocía si su pareja consumía alcohol o drogas; en el 38% previo al matrimonio, la pareja ya consumía alguna sustancia tóxica; el 22% no respondió a esta pregunta, posiblemente por desconocimiento de la situación.

Por su parte, los codependientes manifiestan en orden de importancia en relación a algún cambio en el consumo de alcohol y drogas en su familiar lo siguiente: en primer lugar, señalan que ha tenido periodos de abstinencia (16), suspendió totalmente el consumo (13), ha disminuido (12), ha aumentado (9) y sigue igual (3); en segundo lugar, que ha tenido periodos de abstinencia (4), suspendió totalmente el consumo (3) y falleció a causa de la adicción (2). Podemos observar, que en la minoría de los casos se suspendió de manera total el consumo y en el resto prevalece aunque con variaciones la conducta adictiva, no existiendo aun un control de la enfermedad.

Con respecto a la convivencia, el 71% de los codependientes tiene convivencia con su familiar adicto; en el 27% ya no existe interacción; el 2% no respondió a este reactivo.

Ante la conducta adictiva de su familiar, los codependientes han recurrido en primer lugar a buscar ayuda en Grupos de A.A. y D.A. (22), a buscar orientación (9), a internarlo en un Hospital (7), llevarlo al médico (7), o a jurar (5); en segundo lugar, a buscar orientación (17), buscar ayuda en Grupos de A.A. y D.A. (17), llevarlo a jurar (2) y a presionar (2).

En general han intentado varias opciones sin haber conseguido aun un control total en el consumo de sustancias tóxicas del familiar.

Las instituciones a que han acudido los codependientes a solicitar orientación como familiar del adicto son en orden de importancia, en primer lugar Grupos Al-Anón (18), Centros de Integración Juvenil (9), CENCA (8), a ninguno (5), INSAME DIF (4), IMSS (2), H.P.I.J.N.N. (1), Centro Toxicológico (1), y en segundo lugar al CENCA (4), Grupos Al-Anón (3), Drogadictos Anónimos (1), INSAME DIF (1) y H.P.I.J.N.N. (1). Es decir, que tienden a recurrir a Grupos de Autoayuda y en menor proporción a Instituciones del Sector Salud.

En el caso de haber recibido una orientación, los logros que manifiestan haber alcanzado, se refieren a lo individual, emocional y familiar. En lo que respecta a lo individual y en el área emocional, los codependientes manifiestan haber aceptado que la culpa de la enfermedad de su familiar no es suya, también aprendieron a tener seguridad, paz, esperanza, autorespeto, tranquilidad, a realizar cambios en su actitud, a vivir sin sufrir y comprensión.

En el área familiar han logrado obtener información, conocer y comprender la enfermedad del alcoholismo; a aceptar este problema y tener tolerancia, así como también mejoras a nivel intrafamiliar.

A nivel individual y en el área emocional las circunstancias por las cuales los codependientes solicitaron ayuda fue por sentir angustia, impotencia, desesperación, inseguridad, autoestima baja, tristeza, depresión, preocupación y cambios en su carácter correspondiendo toda esta sintomatología a las alteraciones propias que se presentan en la codependencia.

A nivel familiar, la desintegración de la familia, la falta de comunicación, los conflictos, la preocupación por el esposo, hijo, padre y/o madre, así como también el que un hijo abandonara el hogar o diera inicio al consumo de sustancias tóxicas.

Estas características generalmente se presentan en la familia alcohólica o adicta.

Con respecto a los antecedentes del familiar adicto, el 31% de los codependientes, vivió dentro de su familia de origen problemas similares ante la conducta adictiva de algún familiar, repitiéndose este rol de conducta. El 3% no cuenta con antecedentes. El 66% no respondió a esta pregunta, lo que podría llevar a pensar en la existencia de antecedentes familiares de adicción, aspecto a corroborarse en otra investigación.

En lo que se refiere al consumo de alcohol y drogas en algún familiar, y tomando el cuenta el orden de importancia, los codependientes manifiestan que su padre, madre, hermanos, tíos, primos y abuelo han consumido alcohol, marihuana e inhalantes (esto último se ha presentado en hermanos y primos), sobresaliendo en casi en la mayoría de la muestra, el consumo de alcohol en algún familiar (52).

Acercas de intereses, metas y cambios en su vida, el 29% de la población considera que sus deseos, metas y cambios en su vida han mejorado; para el 12% han empeorado y el 8% considera que siguen igual. Un 40% no respondió a este reactivo.

Las personas que han recurrido a solicitar algún apoyo incorporaron cambios a nivel individual y familiar.

En lo que se refiere a la autoestima del codependiente, pudo observarse que a nivel introspectivo, la población codependiente describe que sus cualidades son: el ser bondadosa, tranquila, tolerante, alegre, tener humildad, cariñosa, sensible, sencilla, ser buena madre e hija y/o esposa, ser perseverante, tenaz, limpia y tener disposición al cambio.

A nivel extrospectivo señalan ser puntuales, saber escuchar, ser pacientes, abnegadas, responsables, serviciales, comprensivas, trabajadoras y dedicadas a la familia.

Nuevamente podemos observar que muchas de sus cualidades corresponden a las características de personalidad que a nivel conceptual señalamos presentan los codependientes.

Por otra parte, con respecto al lugar que los codependientes ocupan en la familia, se observó que el 31% de la población son primogénitos dentro de su familia de origen; el 22% ocupa el segundo lugar; el 14% el tercero; el 10% el quinto y el 7% el cuarto.

Los codependientes manifiestan acorde a su preferencia las siguientes actividades de tipo recreativo: manuales y de entretenimiento (18), deportivas (8), acuden a grupos de autoayuda (5), intelectuales (3, estudiar), domésticas (3); y en algunos casos, no realizan ninguna (11).

En orden de importancia, la población considera que por formar una pareja en primer lugar no pudieron estudiar (25), trabajar (7) y viajar (5); y en segundo lugar, trabajar (3), otros planes no especificados (3) y continuar divirtiéndose (2). Es decir, que sus metas individuales no se cumplieron al decidir vivir en pareja.

Aunado a que el vivir en pareja ocasionó que varios codependientes no realizaran sus planes, estos es primer lugar se frustraron (22), se complicaron (17) y se ampliaron (3); en segundo lugar, se complicaron y sólo en un caso se reporta mejoría, lo cual nos señala que el nivel de desilusión y frustración ha prevalecido en el codependiente.

El 41% de los codependientes ha realizado planes a nivel familiar, dentro de los que contempla el mejorar la convivencia intrafamiliar, pasear, trabajar, progresar y apoyarse económicamente. El 2% no tiene planes, y el resto no respondió este reactivo.

Por otra parte, haciendo referencia a la distintas etapas de su vida, pueden observarse dos polos al respecto, aquellos que hacen referencia a la parte gratificante y los que refieren sus etapas de vida como procesos difíciles.

En lo que respecta a la parte gratificante, el 43% de los codependientes señala la infancia como la etapa más agradable en su vida; el 20% el momento actual; el 17% su juventud; el 9% la adultez y el 2% la vejez; el 9% no respondió al reactivo. Es probable que su infancia transcurrió tranquila y en la adolescencia y adultez se acentuaron los conflictos.

Mientras que por el contrario, otros manifestaron que la etapa más difícil es la adultez en un 30% de los casos, su juventud (19%), la actual (17%), su niñez (12%) y 5% en la vejez. Parece ser, que acorde al período crítico en la conducta adictiva del familiar es cuando señalan mayores dificultades.

En lo referente a diversos aspectos de las relaciones familiares, como autoridad, importancia afectiva, reacciones ante los conflictos, formas de afrontamiento, entre otras; pudo observarse lo siguiente:

En gran parte de la población codependiente (36) existió un sistema autoritario en su núcleo familiar; en el 31% fue tolerante, en el 19% violento o con agresión y sólo en el 9% se dio a nivel afectivo. Es importante señalar, que a pesar de este antecedente, varios codependientes manifestaron manejar afecto en su familia actual.

Como principales fuentes a nivel afectivo de los codependientes en el 41% de los casos fue la madre, en el 33% el padre; en el 9% los tíos, en el 3% hermanos y tíos; sólo un 3% expresó no haber contado con alguna figura.

Es decir, que las principales figuras han sido los progenitores. Sin embargo, dentro de algunas familias de los codependientes, es el padre señalado como una figura negativa en el 44% de la población; la madre en el 17%, los tíos en el 9%, los maestros en el 7% y sólo un 7% no consideró a nadie de influencia desfavorable.

La población en orden de importancia, como forma de reaccionar ante los conflictos manifiesta en primer lugar que se deprimen (30), tienen deseos de superarse (13), se enojan (8), reflexionan y analizan (5); en segundo lugar, desean superarse (11), reflexionan y analizan (10), sienten temor (10), se enojan (7); y en tercer lugar, sienten temor (4), indiferencia (2), violencia (2) y deseos de superarse (2). Podemos observar, que cada persona reacciona de manera diferente, debido a su personalidad y experiencias vividas desde su primera infancia y/o al aprendizaje familiar.

Con respecto a las fuentes de conflicto, los problemas que se manifestaron en su juventud fueron en primer lugar: inseguridad (19), problemas familiares (14), deserción escolar (8), bajo aprovechamiento escolar (7) y problemas para comunicarse (5); en segundo lugar, timidez (8), falta de apoyo (7), inseguridad (7), rebeldía (6), deserción escolar (6); y en tercer lugar, problemas para comunicarse (6), inseguridad (5), rebeldía (5), falta de apoyo (4), timidez (3) y falta de motivación ante la vida (3). Es decir, que el ambiente familiar fue disfuncional, por lo cual no contaron con los elementos para formar una familia en donde existiera homeostasis, presentando muy probablemente roles repetitivos de conducta.

La población codependiente, a pesar de que considera que sus relaciones han mejorado, podemos observar que a nivel individual y en el área emocional están alteradas presentando ansiedad, angustia, enfermedades psicósomáticas y tratan de evadir sus pensamientos mediante una actividad laboral excesiva, apreciándose que las dificultades en su personalidad están latentes, lo cual se evidencia con los datos recabados.

En primer lugar, acostumbran: hablar repetidamente de sus problemas (26), trabajar más intensamente (14), comer en forma incontrolable (6) y fumar y/o tomar café (4); en segundo lugar, se repiten los tres últimos aspectos en las siguientes proporciones (10), (8) y (5), agregándose el de enfermarse fácilmente (7); y en tercer lugar, fumar y/o tomar café (5), enfermarse fácilmente (2) y comer en forma incontrolable (2).

La población que conforma la muestra, manifiesta en orden de relevancia que los momentos por los que ha pasado son en primer lugar: confusión (14), pensar que no pasaba nada (12), temor, vergüenza y rechazo (12), enojo (3), sintió que él (ella) era el que fallaba (3); en segundo lugar, temor, vergüenza y rechazo (13), confusión (9), sintió que él (ella) era el que fallaba, intentó resolverlo con discusiones y presión (3).

Podemos observar, que acorde a la prioridad señalada por los codependientes, la mayoría de ellos presentan una negación del problema, indiferencia, sobreprotección y enojo, lo cual dificulta y/o obstaculiza la búsqueda de un apoyo constructivo tanto para él, como para su familiar.

Capítulo VI Conclusiones y discusión

Dentro de la población investigada, se encontró que el mayor índice de codependientes coincide con las zonas del D.F. en donde prevalecen más problemas sociales y adictivos, tal y como lo reportan las estadísticas, ubicándose en las Delegaciones de Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Miguel Hidalgo.

La etapa en que se acentúa el problema de codependencia provocando alteraciones emocionales es en la adultez, prolongándose en muchos casos hasta la vejez, es decir, que prevalece desde que se inicia la vida marital y se mantiene hasta el reencuentro o nido vacío, por lo cual podemos inferir el deterioro que puede manifestarse en la personalidad de estas personas, con las consecuentes repercusiones en el ámbito familiar.

Acorde a como lo han señalado varios autores, la codependencia es un problema que se presenta con más frecuencia en el sexo femenino; las investigaciones realizadas en el Instituto Mexicano de Psiquiatría por Guillermina Natera reportan que en caso de que la mujer presente la enfermedad de alcoholismo, el hombre generalmente se aleja del hogar, ya sea que surja la separación, se divorcie o establezca relación con otra pareja.

Aun cuando existe un elevado porcentaje a nivel nacional en el consumo de alcohol, y la pareja es codependiente, en el 64% de los casos se mantiene la relación.

El nivel educativo y cultural de los codependientes es elemental, existiendo un gran porcentaje con estudios primarios incompletos. Es reducida la población con formación media. Se considera, que este aspecto puede influir para que no recurran a solicitar la atención adecuada en lo que se refiere a tratamiento tanto para él, como para su familia. Esto aunado a que el 46% de la población sólo se dedica a actividades del hogar, por lo que no tienen acceso a otras fuentes de información, aparte de los medios masivos de comunicación.

Se infiere, que a nivel profesional también existen codependientes; la Encuesta Nacional de Adicciones (1993) reporta que se ubica el problema de alcoholismo en un nivel económico y cultural bajo, pero han observado un incremento en el consumo en profesionistas y quizás sus familiares acuden a solicitar ayuda a otras instituciones, por que estos datos no se reflejaron en esta investigación.

Existe en el 51% de la población de codependientes, una constante movilidad social, lo cual puede ser ocasionado por la inestabilidad laboral, económica y/o desempleo de su familiar, como resultado de la conducta adictiva.

El consumo de alcohol y drogas en la colonia provoca problemas de agresividad, delincuencia, desempleo, conflictos legales, con las consecuentes repercusiones en el ámbito familiar, en la educación de los hijos y en la economía del hogar. La ENA (1993) reporta "que los bebedores que toman 5 o más copas por ocasión, en el último año presentaron problemas que implican violencia. Hallazgos en estudios cualitativos, demuestran que la embriaguez está asociada a violencia familiar, riñas en calles y accidentes entre otras consecuencias. Datos de los archivos de los servicios médicos forenses refieren como la ingestión alcohólica está fuertemente asociada con accidentes y muertes violentas". Podemos observar, que coincide la información obtenida en la investigación con los datos que reporta la ENA.

Dentro de esta investigación se obtiene que existe presión para el uso de drogas por parte de los ambientes familiares, laborales, escolares y de la publicidad; la ENA reporta que el consumo se inició por presión de grupo y por curiosidad en un 69.6% y 23.2% respectivamente.

Es el alcohol, la sustancia de mayor consumo en los familiares de los codependientes, correspondiendo con el elevado índice de bebedores que se reporta a nivel nacional (más de 28 millones de individuos o sea dos terceras partes de la población).

A nivel familiar, las relaciones generalmente son de conflicto, presentándose discusiones y agresión verbal, siendo la comunicación limitada. Así mismo, se observan contradicciones en los datos considerándose que las dinámicas familiares tienden a ser disfuncionales, lo cual se observa en el reactivo sobre repercusiones de la adicción.

Podemos señalar, que prevalecen las características y aspectos que varios autores plantean como familia disfuncional con limitada o nula comunicación, con dobles mensajes o contradictorios, con discusiones, agresión verbal y física, se borran los límites en la relación de padres e hijos y estos últimos tienden a adultificarse asumiendo roles de sus padres.

Aparentemente reportan flexibilidad en las normas, y reducida permisividad, aunque este aspecto se considera con reservas porque en un ambiente disfuncional es difícil que así se manifieste. Esto aunado a problemas económicos, de salud, laborales y sociales.

En la gran mayoría de los codependientes, el parentesco con el adicto es de esposo e hijos, aunque también se presenta en otros miembros, como padre, madre y hermanos.

Respecto de las repercusiones de la adicción en los hijos se señalan en esta investigación: darles un mal ejemplo, poca confianza en sí mismos (inseguridad), problemas en su conducta, falta de respeto, bajo aprovechamiento escolar y agresión. Guillermina Natera y Adriana Nava (1993) comentan " que los padres alcohólicos afectan a sus hijos en aspectos relacionados con su autoestima; son generalmente hijos parentales, han detectado fallas cognitivas en su aprendizaje escolar, síntomas psicósomáticos. De adultos son personas culpigenas y vergonzosas con tendencia de conducta antisocial, impulsividad y bajo control".

Acerca de conducta adictiva previa al matrimonio, en el 38% sí existía el consumo de alcohol y un 40% lo desconocía, y acorde al periodo que se inicia esta adicción es probable que en la mayoría de los casos sí se hubiera manifestado desde la adolescencia este problema, (el 22% no respondió).

Aún no existe en los familiares de los codependientes un control total en el consumo de alcohol, esto a pesar de los intentos de parte de los codependientes de acudir a instituciones y grupos de autoayuda a solicitar orientación y/o tratamiento.

Al acudir a un grupo de autoayuda los familiares de pacientes logran obtener información de la enfermedad de alcoholismo, comprensión, aceptación y estrategias para ayudar a su familiar.

El 31% de los codependientes tiene antecedentes de alcoholismo en su historia familiar, lo cual Guillermina Natera y Adriana Nava, consideran que esto aumenta el riesgo de que exista un hijo con este problema. Pollock, Shneider (1987) y Murray (1989) al respecto manifiestan "que cuando el padre tiene dependencia hacia el consumo de alcohol éste es un factor de riesgo dentro de la transmisión intergeneracional del consumo de alcohol, por lo cual familiares de alcohólicos: hijos y sus esposas son susceptibles de padecer este hábito".

A nivel genético, otros investigadores (Cadoret et, al (1980) y Stabeneau (1984) realizaron estudios en gemelos separándolos al nacer y encontraron que los hijos de padres alcohólicos desarrollaron esta enfermedad, aun cuando los padres adoptivos no la presentaban; es por ello que concluyen junto con Goodwin y Schukit en 1972 , 1973, 1974 y 1982 que el alcoholismo va a ser un elemento de transmisión en casos crónicos y severos.

Estos datos también nos permiten demostrar los patrones repetitivos de conducta en el ámbito familiar.

Dentro de los codependientes, aproximadamente el 31% son primogénitos , el 22% ocupa el segundo lugar y el 14% el tercero, resultando más afectados los primeros hijos dentro de la dinámica familiar.

Los codependientes, al establecer su relación de pareja, no cubrieron sus metas individuales, siendo elevado su nivel de desilusión y frustración. Sin embargo, al acudir a algún grupo de autoayuda aprendieron a efectuar nuevos planes tendientes a mejorar la convivencia familiar.

A nivel individual, los codependientes señalan la etapa de la infancia como la más gratificante de su vida, posiblemente por no tener conciencia aun del conflicto presente en su familiar; sin embargo, para los que vivieron en pareja, es la etapa de adultez la más difícil al estar enfrentando la conducta alcohólica de su padre ,hijo o esposo.

Su autoestima ha sido baja; como cualidades exteriorizan características que varios autores como Eduardo Kalina, Rodríguez-Martos, Melody Beattie han señalado dentro de la personalidad del codependiente; asimismo coinciden en las reacciones ante el alcoholismo de su familiar, sus alteraciones, trastornos en alimentación y sueño; enfermedades psicosomáticas, frustración, sentimientos de culpabilidad, preocupación, angustia, problemas sexuales y control por otros. Es por ello, que se coincide con los autores citados en que efectivamente es la codependencia una enfermedad que conlleva alteraciones en la personalidad y en el área afectiva, aunque aun no la encuadran con precisión en el DSM III.

Posiblemente por los avances obtenidos al recibir alguna orientación, los codependientes han podido efectuar planes a nivel familiar.

Su forma de reaccionar ante los conflictos es ambivalente, en algunos momentos se deprimen, enojan, tienen temor y en otros hay reflexión, análisis y deseos de superarse.

Obviamente, tanto su autoestima, estilo de vida y formas de reacción están ligadas a experiencias que tuvieron en su infancia y juventud al provenir algunos de ellos de familias disfuncionales con varias carencias en diferentes aspectos.

De manera general, podemos concluir que la codependencia es un problema multifactorial, en donde existe una interrelación entre factores familiares, individuales y sociales.

De manera general podemos concluir:

1.- Que la codependencia es un problema multifactorial, en donde existe una interrelación entre factores familiares, individuales y sociales.

2.- Conforme a los resultados obtenidos se percibe como un círculo a manera de curva ascendente y descendente, porque es en familia en donde se forman los seres humanos, se proporcionan valores y principalmente el afecto y la salud mental; si se dan estos elementos de manera adecuada, se podría en cierta forma garantizar un desarrollo de personalidad apropiado, lo cual conllevaría a disminuir problemas emocionales e individuales, como los de tipo adictivo y con ellos la codependencia.

3.- A nivel sociocultural, existe una presión en el rol que tiene que desempeñar la mujer, como madre y esposa, conformando un estado de represión social, dado por una demanda externa de preocupación y buen ejemplo hacia la familia.

4.- El factor social sí tiene bastante influencia dentro de la sociedad para el consumo al alcohol, pero es probable que si al interior de la familia existiera otra organización, normas y afecto su consumo disminuiría.

5.- En lo que respecta al factor individual, podemos señalar que existen alteraciones en la personalidad causadas por la ingesta alcohólica de su familiar, mismas que generan conductas obsesivas, trastornos en la alimentación, sueño y estados de ánimo.

6.- A nivel institucional se observan deficiencias en el manejo terapéutico del familiar adicto.

7.- Por otra parte, es necesario que el tratamiento del codependiente considere un abordaje integral, ya que hasta el momento una sola teoría no da respuesta a la dinámica del codependiente.

8.- Para un mejor diagnóstico y tratamiento del codependiente, es importante un conocimiento integral del sistema familiar.

9.- Por otra parte, al igual que todo tratamiento terapéutico el abordaje del paciente va a depender de la individualidad, recursos y características del mismo.

Limitaciones del trabajo.

El estudio se realizó con personas de bajo nivel sociocultural. Por lo tanto se recomienda conocer las características que se presentan en los diferentes estratos sociales y efectuar investigaciones que permitan una comparación entre ellos.

El INSaMe DIF aportó el valioso apoyo para el desarrollo de la investigación; sin embargo, al no contar en este lugar con un especialista en estadística y computación fue difícil contactar con un profesionalista que reuniera estas características.

El análisis de datos fue posible gracias a la especialidad y experiencia en Informática, Estadística y Metodología, por parte del Lic. Benito Ramírez Prado y de la Lic. María de Lourdes Monroy Tello, quienes colaboraron ampliamente para poder concluir el presente trabajo.

Sugerencias

Se considera importante la sensibilización y conscientización a cerca de la necesidad de tratamiento en la familia del codependiente.

Crear programas en Instituciones del Sector Salud para la atención de los pacientes codependientes, ya que su existencia actual es mínima.

Conforme a los resultados obtenidos, se percibe como un círculo a manera de curva ascendente y descendente porque es en familia en donde se forman los seres humanos, se proporcionan valores y principalmente el afecto y la salud mental; si se dan estos elementos de manera apropiada se podría en cierta forma garantizar un desarrollo de personalidad apropiado, lo cual conllevaría a disminuir problemas emocionales e individuales, como los de tipo adictivo y con ellos la codependencia .

Ahora bien, el factor social sí tiene bastante influencia dentro de la sociedad para el consumo de alcohol, pero es probable que si al interior de la familia existiera otra organización, normas y afecto su consumo disminuiría. En lo que respecta al factor individual, podemos señalar que existen alteraciones en la personalidad causadas por la ingesta alcohólica de su familiar, mismas que generan conductas obsesivas, trastornos en la alimentación, sueño y estados de ánimo

APÉNDICES

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL¹⁴

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA

Cédula de entrevista de aplicación a familiares de adictos atendidos en instituciones de tratamiento y grupos de autoayuda, en la Ciudad de México.

INSTITUCION

GRUPO

ENTREVISTADOR

FECHA

¹⁴ Cédula de entrevista utilizada para el piloteo

DATOS DEL INFORMANTE:

1. Edad _____ Sexo _____
2. Estado civil _____ Escolaridad _____ Religión _____
3. Ocupación ' _____
4. En qué lugar nació usted _____
Estado _____ Ciudad _____
Comunidad Rural _____ Delegación _____
5. Ambiente Social _____
¿Practica alguna religión?
Si ¿Cuál? _____
No ¿Porqué? _____
6. ¿Si usted se ha cambiado de domicilio, de dónde a dónde lo ha hecho?
Se ha cambiado de:
1.- Un Estado a otro
2.- De una Ciudad a otra
3.- Una delegación a otra
4.- Un barrio a otro barrio
5.- Una casa a otra en la misma zona.
7. ¿Tiene alguna participación social dentro de su colonia?
Sí ¿Cuál ? _____
No ¿Por qué ? _____
8. ¿Qué problemas se han presentado en su colonia, por el uso de drogas y alcohol?
1.- Accidentes
2.- Robos y Asaltos
3.- Problemas legales
4.- Violaciones
5.- Riñas callejeras
6.- Encuentro de bandas
7.- Vagancia y desocupación
8.- Maltrato a los hijos y parejas
9.- Todas las anteriores
10.- No sabe

9. ¿Cómo es su convivencia con los vecinos?

- 1.- Conflictiva
- 2.- Agradable
- 3.- Ocasional
- 4.- Frecuente
- 5.- No hay convivencia
- 6.- Otras _____

10. ¿En qué aspectos de la vida social y familiar ha observado que afecta más el uso de drogas y alcohol?

- 1.- Enfermedad
- 2.- Desempleo
- 3.- Conflicto familiar
- 4.- Fracaso Escolar
- 5.- Problemas con los vecinos
- 6.- Problemas económicos
- 7.- Todos los anteriores
- 8.- No sabe

11. ¿Quién considera usted que presiona más para el uso de drogas y alcohol?

- 1.- Los compañeros de escuela o de trabajo
- 2.- Los amigos
- 3.- Los vecinos
- 4.- Los familiares (padres, hermanos, tíos, etc.)
- 5.- La publicidad (anuncios de T.V., radio)
- 6.- Ninguno.

12. ¿En su colonia que se consume más, alcohol u otras drogas?

- 1.- Alcohol
- 2.- Inhalantes
- 3.- Marihuana
- 4.- Pastillas (anfetaminas)
- 5.- Otras _____

ORGANIZACIÓN FAMILIAR

13. ¿Cómo está integrada su familia y quienes viven juntos?

- 1.- Por padre, madre e hijos
- 2.- Por padre e hijos
- 3.- Por madre e hijos
- 4.- Por padres, hijos y otros familiares
- 5.- Con una nueva pareja.

14. ¿Quién o quienes atienden las labores de la casa?
- 1.- El padre
 - 2.- La madre
 - 3.- Alguno de los hijos
 - 4.- La madre y alguno de los hijos
 - 5.- Por familiares
 - 6.- Todos los anteriores.
15. ¿Cuándo alguien de la familia tiene problemas ya sea de salud, económicos y familiares, a quién acude regularmente?
- 1.- Al padre
 - 2.- La madre
 - 3.- Ambos
 - 4.- Un hermano
 - 5.- Una persona ajena a la familia
 - 6.- A familiares (tíos, abuelos, etc.)
16. ¿En qué momentos convive la familia?
- 1.- En ninguno
 - 2.- Durante los alimentos
 - 3.- En las diversiones
 - 4.- En otros momentos
17. ¿Cómo son las relaciones en su familia?
- 1.- Distantes e indiferentes
 - 2.- Afectivas
 - 3.- Agresivas verbal y físicamente
 - 4.- Tensas y explosivas
 - 5.- Otras _____
18. ¿Su familia como expresa el afecto?
- 1.- Abiertamente, con palabras y gestos
 - 2.- Con hechos demostrativos
 - 3.- Con premios y estímulos
 - 4.- Todas las anteriores
 - 5.- No lo expresan
19. ¿Quién tiene la responsabilidad de poner la disciplina en casa?
- 1.- El padre
 - 2.- La madre
 - 3.- Un hermano
 - 4.- Un familiar
 - 5.- Una persona ajena a la familia

20. ¿De qué manera se impone la disciplina en casa?

- 1.- A través de explicaciones
- 2.- Regaños
- 3.- Castigos
- 4.- Golpes y maltratos
- 5.- No se hace nada

SISTEMA FAMILIAR Y DE PAREJA ADICTIVO

21. En los últimos 5 años de relación con su pareja, ¿qué situaciones han alterado su vida familiar?

- 1.- Problemas de comunicación
- 2.- Problemas con la familia (padres, hermanos)
- 3.- Abandono del hogar
- 4.- Agresión verbal y física
- 5.- Problemas económicos
- 6.- Consumo de alcohol y drogas
- 7.- Conflictos conyugales
- 8.- Infidelidad
- 9.- Problemas legales
- 10.- Pérdida de trabajo
- 11.- Problemas de salud
- 12.- Por separaciones
- 13.- Enfermedades
- 14.- Muerte

22. ¿Sabía usted antes de vivir con su pareja, si consumía droga o alcohol y si esto representaba un problema?

- Sí ¿ Por qué ? _____
- No, ¿ Por qué ? _____

23. ¿A partir de tener conocimiento del problema de su adicto (a), ha observado si en los últimos 5 años el consumo de drogas o alcohol, se ha modificado?

- 1.- Ha disminuido
- 2.- Ha aumentado
- 3.- Hay o hubo abstinencia
- 4.- Suspendió totalmente el consumo
- 5.- Sigue igual.

24. ¿Qué soluciones ha encontrado para resolver el problema con el adicto?

- 1.- Internarlo en un hospital
- 2.- Llevarlo al médico
- 3.- Llevarlo a jurar
- 4.- Buscar ayuda A. A. y D. A.
- 5.- Presionarlo
- 6.- Separar a la familia
- 7.- Buscar orientación
- 8.- Otros _____

25. ¿En la atención de los adictos y sus familias qué lugares conoce para su orientación y tratamiento?

26. ¿Existe alguna relación y semejanza entre su vida familiar actual y la experiencia vivida con sus padres en su historia personal?

- Si () Uno de los padres era adicto
- No () La vida familiar era conflictiva había abandono
- Hubo separaciones continuas
- Otros _____

27. De sus padres, hermano y familiares cercanos, quién ha consumido alcohol y drogas

- 1.- Padres
- 2.- Madre
- 3.- Hermanos
- 4.- Tíos
- 5.- Primos
- 6.- Abuelos
- 7.- Otros _____

28. ¿Qué tipo de sustancias utilizan?

- 1.- Pastillas
- 2.- Inhalantes
- 3.- Drogas
- 4.- Alcohol
- 5.- Otros _____

ANTECEDENTES INDIVIDUALES: CODEPENDENCIA

29. ¿En los últimos 5 años, las satisfacciones, deseos, propósitos y cambios en su vida?

- Han mejorado
- Han empeorado
- Siguen igual

30. ¿Qué cualidades se reconocen como parte importante de su propia persona?

Menciónelas:

31. ¿Qué lugar ocupa en número entre sus hermanos?

32. ¿Qué actividad dedica para usted en su tiempo libre?

33. ¿Tenía algún plan en su vida que no realizó antes de formar su familia?

Sí ()

Estudiar

No ()

Trabajar

Viajar

Casarse con otra persona

Continuar divirtiéndose

Otros _____

34. ¿Sus planes se modificaron al concretarse su relación con su pareja o esposa?

Se frustraron

Se complicaron

Se ampliaron

Otros _____

35. ¿Actualmente ha hecho planes para usted en los que incluya a su esposo/a e hijos en su vida futura?

Sí, ¿cuáles? _____

No, ¿por qué? _____

36. ¿En las etapas de su vida, cuál ha sido la mejor y cuál la más difícil para usted?

Mejor _____	Difícil _____
1.- Infancia	
2.- Adolescencia	
3.- Antes de formar familia	
4.- Después de casarse	
5.- Cuando trabaja	
6.- Otros _____	

37. ¿En su familia la educación y formación ha sido o fue?

- 1.- Estricta
- 2.- Violenta
- 3.- Afectuosa
- 4.- Tolerante
- 5.- Flexible
- 6.- Permisiva

38. ¿Durante su infancia y adolescencia, qué persona fue de gran importancia afectiva para que influyera en su vida favorable o desfavorablemente?

Favorable	Desfavorable
1.- Padre	1.- Padre
2.- Madre	2.- Madre
3.- Tíos	3.- Tíos
4.- Abuelo	4.- Abuelo
5.- Abuela	5.- Abuela
6.- Padrinos	6.- Padrinos
7.- Maestros	7.- Maestros
8.- Otros	8.- Otros

39. ¿Ante situaciones difíciles en su vida personal y familiar, como se siente emocionalmente?

- 1.- Se deprime
- 2.- Con enojo
- 3.- Indiferente
- 4.- Con violencia
- 5.- Con temor
- 6.- Positivamente
- 7.- Analiza y reflexiona

40. ¿Qué problemas presentó en su juventud?

- 1.- Problemas en su familia (padres)
- 2.- Desertó de la escuela
- 3.- Bajo aprovechamiento escolar
- 4.- Consumo de drogas o alcohol

41. ¿Qué problemas ha tenido ahora en su madurez?

42. ¿Ha observado si las presiones provocan en su conducta las siguientes reacciones?

- 1.- Platica sus problemas a alguna amistad o familiar
- 2.- Trabaja más
- 3.- Tiene más hambre y come más
- 4.- Consume más café y tabaco
- 5.- Toma medicamentos sin receta
- 6.- Se enferma con facilidad
- 7.- Otras _____

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL¹⁵
PROGRAMA DE PREVENCION DE LA FARMACODEPENDENCIA

INSTITUCION _____

GRUPO _____

ENTREVISTADOR _____

FECHA _____

Este cuestionario pretende conocer los riesgos y necesidades de los familiares del alcohólico (a) y drogadicto (a) así como algunos aspectos de su medio social y el desarrollo de problemas que se originan en el interior de la familia.

El obtener esta valiosa información permitirá ofrecer una mejor orientación a esta problemática en los centros de atención de las adicciones.

Instrucciones: este cuestionario es autoaplicable.

Lea cuidadosamente y elija las respuestas señalándolas con una X. Conteste los espacios con comentarios propios y veraces.

¹⁵ Nota al encuestador codificador: Aquellos datos que no hayan sido respondidos por el sujeto, codificar como 9 ó 99

DATOS DEL INFORMANTE:

Dónde vive:

1. Estado

2. Ciudad de México, Delegación

Colonia

3. Edad

4.- Sexo

(Marque con una X las respuestas que elija).

5. Estado civil

6. Escolaridad

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Separado (a)
4. Divorciado (a)
5. Viudo (a)
6. Unión libre
9. Sin respuesta

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Comercio
5. Nivel Técnico
6. Preparatoria
7. Profesional
9. Sin respuesta

7. Ocupación

AMBIENTE SOCIAL:

8. ¿Practica alguna religión?

Si ¿Cuál?

9. ¿Si usted se ha cambiado de domicilio, de dónde a dónde lo ha hecho?

Se ha cambiado de:

- 1.- Un Estado a otro
- 2.- De una Ciudad a otra
- 3.- Una delegación a otra
- 4.- Un barrio a otro barrio
- 5.- Una casa a otra en la misma zona.
- 6.- Sin cambios.
- 9.- Sin respuesta

10. ¿Tiene alguna participación social dentro de su colonia?

1. La junta de vecinos
2. Es representante en su calle o edificio
3. Algún cargo en la escuela
4. Ninguno
5. Otros _____
9. Sin respuesta

11. ¿Qué problemas se han presentado en su colonia, por el uso de drogas y alcohol?

Enumérelos de mayor a menor importancia.

--	--	--

- 1.- Accidentes
- 2.- Robos y Asaltos
- 3.- Problemas legales
- 4.- Violaciones
- 5.- Riñas callejeras
- 6.- Encuentro de bandas
- 7.- Vagancia y desocupación
- 8.- Maltrato a los hijos y parejas
- 9.- Todas las anteriores
- 10.- No sabe
- 99.- Sin respuesta

12. ¿Cómo es su convivencia con los vecinos?

- 1.- Conflictiva
- 2.- Agradable
- 3.- Indiferente
- 4.- Forzada
- 5.- Superficial
- 6.- No hay

13. En su opinión ¿qué situaciones de la vida social y familiar son más frecuentemente provocados por el uso de alcohol y drogas?.

Enumérelos de mayor a menor importancia.

--	--	--

- 1.- Enfermedad
- 2.- Desempleo
- 3.- Conflicto familiar
- 4.- Fracaso Escolar
- 5.- Problemas con los vecinos
- 6.- Problemas económicos
- 7.- Todos los anteriores
- 8.- No sabe

4. ¿Quién considera usted que presiona más para el uso de drogas y alcohol?

Enumérelos de mayor a menor importancia.

--	--	--

- 1.- Los amigos
- 2.- Los vecinos
- 3.- Los compañeros de escuela o de trabajo
- 4.- Los familiares (padres, hermanos, tíos, etc.)
- 5.- La publicidad (anuncios de T.V., radio)
- 6.- Ninguno.
- 9.- Sin respuesta

15. ¿En su colonia qué drogas se consumen más fácilmente?

Enumérelas en orden de importancia de mayor a menor.

--	--	--

- 1.- Alcohol
- 2.- Inhalantes
- 3.- Marihuana
- 4.- Pastillas (anfetaminas)
- 5.- Otras _____
- 9.- Sin respuesta

ORGANIZACIÓN FAMILIAR

Señale con una X la respuesta que elija

16. ¿Quiénes viven juntos como familia?

- 1.- Padre, madre e hijos
- 2.- Padre e hijos
- 3.- Madre e hijos
- 4.- Padres, hijos y otros familiares
- 5.- Una nueva pareja.
- 9.- Sin respuesta

17. ¿Quién o quienes atienden las labores de la casa?

- 1.- El padre
- 2.- La madre
- 3.- Ambos
- 4.- Alguno de los hijos
- 5.- La madre y alguno de los hijos
- 6.- Por familiares
- 7.- Todos los anteriores.

18. ¿Cuándo alguien de la familia tiene problemas ya sea de salud, económicos y familiares, a quién acude regularmente?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Al padre
- 2.- La madre
- 3.- Ambos
- 4.- Un hermano
- 5.- Una persona ajena a la familia
- 6.- A familiares (tíos, abuelos, etc.)
- 9.- Sin respuesta

19. ¿En qué momentos convive la familia?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Cuando hay problemas
- 2.- En ninguno
- 3.- Durante los alimentos
- 4.- En las diversiones
- 5.- En otros momentos
- 6.- En las fiestas.

20. ¿Con qué frecuencia convive la familia?

- 1.- Diario
- 2.- Solo los fines de semana
- 3.- Una vez al mes
- 4.- Nunca

21. ¿Cómo son las relaciones en su familia?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Afectivas
- 2.- Distantes e indiferentes
- 3.- Agresivas verbal y físicamente
- 4.- Tensas y explosivas
- 5.- Otras _____
- 9.- Sin respuesta

22. ¿Cómo es la comunicación con su familia?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Con peleas
- 2.- Con discusión
- 3.- Dialogando
- 4.- Insultando
- 5.- Agrediendo
- 6.- No hay comunicación
- 7.- Otras _____

23. ¿Cómo siente que es la comunicación en su familia?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Insuficiente
- 2.- La evitan
- 3.- No se ha logrado
- 4.- De buena calidad
- 5.- Suficiente
- 6.- Indirecta (se comunican a través de otros)

24. ¿De qué manera se impone la disciplina en su familia?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- A través de explicaciones
- 2.- Regaños
- 3.- Castigos
- 4.- Golpes y maltratos
- 5.- Con premios y castigos
- 6.- No hay disciplina
- 9.- Sin respuesta

SISTEMA FAMILIAR Y DE PAREJA ADICTIVO

25. ¿Qué parentesco tiene usted con su familiar adicto?

Anotar si es más de un familiar adicto

--	--	--

- 1.- Hijo (a)
- 2.- Esposo (a)
- 3.- Padre
- 4.- Madre
- 5.- Hermano (a)

26. En los últimos 5 años de relación con el adicto, ¿qué situaciones han afectado su vida familiar?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Problemas de comunicación
- 2.- Problemas con la familia (padres, hermanos)
- 3.- Abandono del hogar
- 4.- Agresión verbal y física
- 5.- Problemas económicos
- 6.- Consumo de alcohol y drogas
- 7.- Problemas de pareja
- 8.- Infidelidad
- 9.- Problemas legales
- 10.- Pérdida de trabajo
- 11.- Problemas de salud
- 12.- Separaciones
- 13.- Enfermedades
- 14.- Muerte
- 99.- Sin respuesta

27. ¿En qué aspectos la adicción ha afectado en mayor o menor grado a sus hijos?

Enúmerelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Brindarles poca atención (abandono)
- 2.- Darles un mal ejemplo
- 3.- Poca confianza en sí mismo
- 4.- Falta de respeto
- 5.- Problemas en su conducta
- 6.- Bajo aprovechamiento escolar
- 7.- Problemas de salud
- 8.- Agresión
- 9.- Sin respuesta

28. Si el familiar adicto es su pareja ¿Sabía si consumía droga o alcohol desde antes de vivir juntos?

- 1.- Si ()
- 2.- No ()
- 9.- Sin respuesta

29. ¿Ha observado si en los últimos 5 años el consumo de drogas o alcohol, se ha modificado?,
¿Cómo?

Enumérelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Ha disminuido
- 2.- Ha aumentado
- 3.- Ha tenido periodos de abstinencia
- 4.- Suspendió totalmente el consumo
- 5.- Sigue igual.
- 6.- Falleció a causa de la adicción
- 9.- Sin respuesta

30. ¿En la actualidad convive con el adicto?

- 1.- Si ()
- 2.- No () ¿Porqué? _____
- 9.- Sin respuesta

31. ¿Qué soluciones ha intentado para resolver el problema con el adicto?

Enumérelas en orden de importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Internarlo (a) en un hospital
- 2.- Llevarlo (a) al médico
- 3.- Llevarlo (a) a jurar
- 4.- Buscar ayuda A. A. y Drogadictos Anónimos
- 5.- Presionar
- 6.- Separar a la familia
- 7.- Buscar orientación
- 9.- Sin respuesta

32. ¿A qué lugares o instituciones ha recurrido para solicitar orientación como familiar del adicto?

33. ¿Qué logros ha obtenido para usted a partir de que buscó orientación y ayuda en una institución o grupo de autoayuda (Al-Anón)?

34. ¿Cuáles fueron las circunstancias que le hicieron pedir ayuda?

35. ¿El problema que vive actualmente lo vivió antes en su familia?

1. SI ()

2. NO ()

9. SIN RESPUESTA ()

36. De sus padres, hermano y familiares cercanos, quién ha consumido alcohol y drogas

Si se presenta en más de uno, señale en cuáles

--	--	--

1.- Padres

2.- Madre

3.- Hermanos

4.- Tíos

5.- Primos

6.- Abuelos

7.- Otros _____

ANTECEDENTES INDIVIDUALES: CODEPENDENCIA

37. En los últimos cinco años, sus deseos, metas y cambios en su vida

1.- Han mejorado

2.- Han empeorado

3.- Siguen igual

4.- Otras _____

38. ¿Qué cualidades se reconocen como parte importante de su propia persona?

Menciónelas:

39. ¿Qué lugar ocupa en número entre sus hermanos de mayor a menor?

40. ¿Realiza alguna actividad para usted en su tiempo libre?

1. Si ¿cuál? _____

2. No ¿porqué? _____

9. Sin respuesta

46. ¿Durante su infancia y adolescencia, qué persona fue de gran importancia afectiva para que influyera en su vida favorable o desfavorablemente? (señale con una X)

Favorable

Desfavorable

- 1.- Padre
- 2.- Madre
- 3.- Hermanos
- 4.- Tíos
- 5.- Abuelo
- 6.- Abuela
- 7.- Padrinos
- 8.- Maestros
- 9.- Otros
- 10. Ninguna
- 99 Sin respuesta

- 1.- Padre
- 2.- Madre
- 3.- Hermanos
- 4.- Tíos
- 5.- Abuelo
- 6.- Abuela
- 7.- Padrinos
- 8.- Maestros
- 9.- Otros
- 10. Ninguna
- 99 Sin respuesta

47 ¿Las situaciones difíciles en su vida personal y familiar, le producen emocionalmente?

Si se presenta en más de uno, señale en cuáles

--	--	--

- 1.- Depresión
- 2.- Enojo
- 3.- Indiferencia
- 4.- Violencia
- 5.- Temor
- 6.- Deseos de superarse
- 7.- Reflexión y análisis
- 8.- Otros (especificar) _____
- 9.- Sin respuesta

48 ¿Qué problemas presentó en su juventud?

Enumérelos de acuerdo a su importancia de mayor a menor

--	--	--

- 1.- Problemas en su familia (padres)
- 2.- Deserción escolar
- 3.- Bajo aprovechamiento
- 4.- Consumo de drogas o alcohol
- 5.- Inseguridad
- 6.- Falta de apoyo
- 7.- Problemas para comunicarse
- 8.- Rebeldía
- 9.- Timidez
- 10.- Falta de motivación ante la vida
- 11.- Otros (especificar) _____
- 99.- Sin respuesta

49. ¿Ha observado si las presiones tienden a provocar en su conducta las siguientes reacciones?

Si se presenta en más de uno, señale en cuáles

--	--	--

- 1.- Hablar repetidamente de sus problemas
- 2.- Trabajar más intensamente
- 3.- Comer en forma incontrolable
- 4.- Fumar y/o tomar café
- 5.- Tomar medicamentos no recetados
- 6.- Enfermar fácilmente
- 7.- Otros (especificar) _____

50. Desde que vivió el alcoholismo o drogadicción de su familiar ¿porqué momentos ha atravesado?

Enumérelos de acuerdo a su importancia de mayor a menor

--	--	--

1. Pensar que no pasaba nada
2. Protegerlo de sus problemas por la adicción
3. Confusión
4. Temor, vergüenza, rechazo
5. Creer que podría solucionarse sin ayuda
6. Intentó resolverlo con discusiones y presiones
7. Sintió que usted era la (el) que fallaba
8. Enojo
9. Indiferencia
99. Sin respuesta

Referencias

- Ackerman Nathan W. (1986). **Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares**. Buenos Aires, Argentina Paidós.
- Arias J. A., et al (1990) **La Familia del Adicto y Otros Temas**. Buenos Aires, Argentina. Nueva Visión. Colección Villa de Guadalupe.
- Barnette De Castillo Ma. Esther. et al (1994) **Libre de Adicciones**. México. Promexa.
- Beattie Melody (1991) **Ya no seas codependiente**. México, Promexa/Hazelden
- Beattie Melody (1992) **Más allá de la codependencia**. México, Promexa/Hazelden
- Cameron Norman (1988). **Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad**. México, Trillas.
- Cantú Francisco A. (1991). **Un Nuevo Enfoque Diagnóstico: el Trastorno de la Personalidad Adictiva**. Adicciones, A.D.C. Cantú. Año 1. Vol. 1.
- Castro Ramírez María de Lourdes, Rodríguez Agundis Hermelinda Lucrecia (1988) **Estudio Caracterológico de la Esposa del Enfermo Alcohólico (Su Relación con la Rehabilitación del Esposo)**. Tesis Profesional. Facultad de Psicología, México, UNAM.
- Castro-Sariñana Ma. Elena (1990) **Indicadores de Riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar**. Salud Pública México, 32. 298-308.
- Cernak, Timmen (1991) **Co-Addiction as a disease**. Publicación Anls 21 (5) 266-272.
- Díaz Fernández O., Sanabria Carretero M.A., Sanabria Carretero P. (1993), **Adicciones**. 2 (2) 163-170.
- Durán Gervilla A., Corchete Benito R., Bueno Cañigral F.J., Sanchis Noguera B., Prado del Baño M.J. (1994). **La familia en el tratamiento de las drogodependencias: un estudio sobre actitudes y relaciones**. Rev. Esp. Drogodependencia 19 (4) 297-310.
- Estrada Inda Lauro (1982). **El Ciclo Vital de la Familia** México, Xóchitl Editores.
- Fischer Judith L., Spann M.S., Lynda, Crawford PhD Duane (1991). **Measuring Codependency. Alcoholism Treatment Quarterly**. 8 (1) 87-100. Texas Tech University.
- Griffith Edwards (1986). **Tratamiento de Alcohólicos**. México, Trillas.
- Grupos de Familia Al-Anon (1969) **Alcoholismo. Un Carrusel llamado negación**. Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon A.C., México.

- Grupos de Familia Al-Anon (1972) **Alcoholismo Contagio Familiar**. Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon A.C., México.
- Grupos de Familia Al-Anon (1980). **Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon**, A.C. México.
- Grupos de Familia Al-Anon (1986). **Al-Anon. Entonces y ahora; una breve historia**. Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon A.C. México.
- Haaken Janice (1990) **A Critical Analysis of the Codependence Construct**. *Psichiatry*. 53 (4) 396-406.
- Hawkins David J., F. Richard et al (1992). **Factores de Riesgo y Protección contra problemas de alcohol y otras drogas durante la adolescencia y primera etapa del joven adulto. Implicaciones y prevención del abuso de sustancias**. Consorcio Interamericano para el Desarrollo Humano, A.C. (CIPEDH). E.E.U.U. 1-13
- Hiriart Hugo (1987) **Vivir y Beber México**, Océano.
- IIPCS. ALETHEIA (1998). 17. Revista Anual.
- López Rafael Ernesto (1991) **Adictos y Adicciones. Una Visión Psicoanalítica**. Caracas, Venezuela, Monte Avila Latinoamericana.
- Medina Escartin Claudia Gabriela, Reyes Duarte Eva Lucía (1987). **Evaluación de un Curso de Orientación Conductual Dirigido al Familiar del Alcohólico**. Tesis Profesional. Facultad de Psicología. México, UNAM.
- Musacchio de Zan Amelia, Ortiz Fragola Alfredo, et al, (1992) **Drogadicción Argentina**, Paidós.
- Natera Guillermina, Herrejón E., Rojas E. (1988) **Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y no alcohólicos**. *Salud Mental* 11, (1) 13-18.
- Natera Guillermina (1989). **La Investigación de problemas relacionados con el alcohol y la familia: Una revisión**. *Revista Mexicana de Psicología* 6 (1) 5-13.
- Natera Guillermina (1991). **El Alcoholismo y la Familia**. *Información Clínica*. Instituto Mexicano de Psiquiatría 2 (5), 29-30.
- Natera R. Guillermina, Nava G. Adriana (1993). **La Prevención del Consumo del Alcohol en la familia**. *Psicología de la Salud*. Memorias 1er. Congreso Internacional. México. 211-215.
- Rodriguez Maciel Pilar Rosalba, Jiménez Trejo Ma. del Rocio (1983). **Análisis Preliminar de la Familia del Alcohólico y cómo es esta determinante en su Carácter**. Tesis Profesional. Facultad de Psicología. México, UNAM.

Rodríguez Martos-Dauer Alicia (1989) **Manual de Alcoholismo para el Médico de Cabecera**. Barcelona, España, Salvat.

Sánchez Aspe Susana, Melken Kuri Ma. Elena (1976). **Estudio de algunos factores psicológicos en esposas de enfermos alcohólicos**. Tesis Profesional. Facultad de Psicología, México, UNAM.

S.S.A. CONADIC (1992). **Las Adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario**. México, CONADIC.

Secretaría de Salud (1993). **Encuesta Nacional de Adicciones**. México.

Steinglass, et. al., (1989) **La Familia Alcohólica**. Barcelona, España, Gedisa.

Velasco Fernández Rafael (1996). **Esa enfermedad llamada alcoholismo**. México. Trillas.