



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LOS GRUPOS DE FAMILIA AL-ANON COMO UNA ALTERNATIVA PARA EL
TRATAMIENTO DE FAMILIARES Y AMIGOS DE ALCOHÓLICOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

AURELIA TORRES SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESIS

MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

REVISOR

DR. ARIEL VITE SIERRA

MÉXICO D.F.

2007



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis PADRES ++ por el cuidado, guía y amor que me brindaron.

A FRANCISCO e IVAN sin los cuales no concibo mi vida.

A mis HERMANOS porque sé que siempre podré contar con ustedes.

A mis AMIGOS , todos, por estar presentes en alguna parte de mi camino.

Al MAESTRO HORACIO QUIROGA ANAYA por su valioso tiempo y guía; por brindarme toda su experiencia y conocimientos teóricos y prácticos que enriquecieron este trabajo.

A la DOCTORA LYDIA BARRAGÁN TORRES por su interés y entusiasmo al hacer apuntamientos precisos para mejorar mi trabajo.

Al DOCTOR ARIEL VITE SIERRA por su afán en la revisión y las sugerencias para pulir este trabajo.

A los miembros del jurado: LICENCIADA LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE, MAESTRA ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA y MAESTRO MIGUEL ANGEL MEDINA GUTIÉRREZ por su apoyo, gracias.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1 Alcoholismo.	9
1.1 Definición de alcoholismo como una enfermedad.	10
1.2 Definición de alcoholismo como dependencia al alcohol.	12
Capítulo 2 Alcoholismo. Impacto en la Familia.	15
2.1 Como afecta el alcoholismo a la familia.	15
2.1.1. Efectos que provoca en los padres el alcoholismo de un hijo.	16
2.1.2. Efectos que el alcoholismo del cónyuge provoca en la (el) esposa (o).	18
2.1.3. Efectos que el alcoholismo de los padres causa en los hijos.	20
2.2 Técnicas para evaluar el efecto que el alcoholismo ha provocado en un familiar.	25
Capítulo 3 Diferentes Tratamientos Para Familiares de Alcohólicos	28
3.1 Modelo de Tratamiento para Familias con un Miembro Alcohólico denominado Cronología de la Vida Familiar.	35
3.2 Modelo de Tratamiento Basado en la Historia de Vida de la Familia.	36
3.3 Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas.	39
Capítulo 4 Los Grupos de Familia Al-Anon Como una Alternativa de Tratamiento Para Familiares y Amigos de Alcohólicos.	48
4.1 Que son los Grupos de Familia Al-Anon. (Historia y definición).	48
4.2 Que es el programa de 12 pasos, 12 tradiciones, 12 conceptos de servicio y los lemas de Al-Anon	49

4.3 Como funcionan los Grupos de Familia Al-Anon.	56
Capítulo 5 Criterios de Eficacia de los Grupos de Familia Al-Anon.	58
5.1 Ser familiar de alcohólico.	58
5.2 La lucha estéril por controlar al alcohólico y su bebida.	59
5.3 Al-Anon ayuda a la familia a recuperarse.	65
5.4 Principal objetivo de los Grupos de Familia Al-Anon.	69
Resultados	75
Conclusiones	76
Limitaciones	79
Referencias	80
Anexo	85

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo: Describir las características de los “Grupos de Familia Al-Anon” como una alternativa para el tratamiento de familiares y amigos de alcohólicos. Partiendo del concepto de alcoholismo como un problema de salud que afecta no solo al alcohólico, se revisó el impacto que el alcoholismo provoca en los familiares de quien lo padece así como las siguientes cuatro opciones de tratamiento para los parientes de alcohólicos: Cronología de la Vida Familiar; Historia de Vida de la Familia; Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas; y los Grupos de Familia Al-Anon. La alternativa más conocida por los familiares de alcohólicos son los “Grupos de Familia Al-Anon”. Estos tuvieron su origen en las reuniones de Alcohólicos Anónimos a principios de 1935, pero fue en 1951 que se independizaron. Los Grupos de Familia Al-Anon son una confraternidad constituida por los familiares y amigos de los alcohólicos que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza para hallar solución a un problema común, la convivencia con un alcohólico. Su eficacia se ha demostrado en algunos trabajos de investigación realizados en Estados Unidos de Norteamérica, en nuestro país no se encontraron evaluaciones de sus resultados, pero los 3 039 Grupos de Familia Al-Anon que existen en México, constituyen un fenómeno importante que vale la pena conocer. Hay diversos tratamientos para familiares de alcohólicos, sin embargo la trascendencia de los Grupos de Familia Al-Anon es inestimable.

Introducción

En el campo de las adicciones, el alcoholismo, el tabaquismo y la fármaco dependencia, constituyen un problema de salud pública de atención prioritaria. La Secretaría de Salud (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002), estima que se pierden años de vida saludable por consumo de alcohol, además de los problemas psicosociales que ocasiona su consumo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dictaminó en el año de 1955 que el alcoholismo es una enfermedad e incorporó este trastorno a la clasificación internacional de enfermedades.

La OMS estima que en México, 12.5 por ciento de hombres fueron reconocidos como alcohólicos, comparado con solo un 0.6 por ciento de las mujeres (Medina-Mora, 1998.)

El alcoholismo es uno de los muchos problemas de salud que puede tener efectos indirectos en términos de promover o alentar comportamientos que implican riesgos tales como tener sexo sin protección. La epidemia del SIDA ha sacado a la luz estas preocupaciones (Cormillot y Lombardini, 1992).

La relación entre la bebida y comportamientos que implican el riesgo de contraer VIH tales como frecuentar trabajadores y trabajadoras sexuales y/o haber mantenido relaciones sexuales sin condón, no es una simple casualidad. Se ha argumentado que el beber está asociado con otros factores, tales como rasgos de personalidad en los que el individuo se caracteriza por buscar riesgos, sugiriendo que aquellos que beben tienen más probabilidades de asumir comportamientos riesgosos que no que no beben (Cormillot y Lombardini, 1992).

Los problemas asociados a la enfermedad del alcoholismo son múltiples entre ellos se encuentra (Velasco, 1981):

- La cirrosis. En México ocupa el primer lugar de causa de muerte entre los hombres de 35 a 45 años (Madrigal, 1999 y Medina-Mora, 1999).
- Cáncer (de hígado y de laringe).
- Enfermedades cardíacas.
- Problemas de salud materno infantil (bajo peso al nacer y abortos espontáneos).
- Lesiones (en la vía pública relacionados con la maquinaria laboral).
- Accidentes (relacionados con el transporte terrestre o marítimo.)
- Violencia (asaltos, asesinatos, abuso de menores y violencia intrafamiliar).

Todos los problemas anteriores asociados al alcoholismo constituyen una carga no solo para el individuo alcohólico sino también, para su familia y su comunidad.

Estudios realizados en la década de los noventa revelaron, que el alcohol juega un papel significativo en la violencia doméstica. Por ejemplo el 26% de las mujeres que buscaron servicios de orientación en las áreas urbanas de México informaron que la intoxicación de sus parejas contribuyó a avivar un comportamiento abusivo (Romero, 1992).

Otra forma de violencia familiar es el maltrato infantil. El maltrato físico durante la infancia ha sido reconocido como un factor de riesgo de dependencia alcohólica en la etapa adulta. Esto resalta los efectos intergeneracionales y la compleja relación entre violencia y abuso del alcohol (Geringer, 1991).

Para Alcohólicos Anónimos el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal que solo se detiene si se logra la total abstinencia y afecta no solo al bebedor sino a los familiares que observan impotentes como el alcohólico se daña lenta y progresivamente (Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1967).

El alcoholismo es una enfermedad que produce un gran impacto emocional en los miembros de la familia más cercanos al alcohólico. Los que resultan mas afectados son los padres, el cónyuge, los hijos y los hermanos.

Actualmente, muchas personas saben que el alcoholismo es una enfermedad, pero muy pocas lo consideran un contagio familiar que puede afectar emocional, espiritual y con frecuencia físicamente a tres o cuatro personas de un hogar (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1972).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002), en México casi seis millones de personas tienen dependencia o abusan del alcohol.

Y a pesar de este panorama los trabajos realizados sobre el impacto que el alcoholismo genera en el contexto familiar y las alternativas de atención para los parientes de alcohólicos son limitados, de tal suerte que de 232 tesis que sobre el tema de alcoholismo se han publicado de 1983 a 2005 en la Universidad Nacional Autónoma de México, el 60 por ciento (139 tesis) se centran en el alcohólico y los problemas que su alcoholismo le provoca; el 22 por ciento (50 tesis) estudian el daño que sufre la familia en la que existen uno o varios alcohólicos; el 16 por ciento (38 tesis) tienen como tema central los esfuerzos que en materia de prevención y rehabilitación se han realizado para ayudar a los alcohólicos en su recuperación y solo el 2 por ciento (5 tesis) se ocupan de estudiar y proponer alternativas de atención, de apoyo y recuperación para los familiares de alcohólicos.

El estudio presente es importante dado que una gran mayoría de alcohólicos –del 90 al 95 por ciento- continua funcionando dentro del contexto de la familia por lo que es indispensable un enfoque familiar para estudiar y manejar esta problemática. Por consiguiente este trabajo va dirigido a la comunidad profesional y estudiantil no-solo de la facultad de Psicología sino a todas aquellas personas con deseos de saber ¿Qué es el alcoholismo?, ¿Qué efecto causa en los familiares la convivencia con un alcohólico?, ¿Qué apoyos terapéuticos existen para los familiares afectados por la convivencia con un alcohólico?, ¿Qué es Al-Anon como una alternativa de atención para los familiares de alcohólicos y amigos cercanos?, ¿Cómo trabajan los grupos de Al-Anon en la recuperación de la familia?, ¿Son eficaces los grupos de autoayuda llamados Al-Anon?, ¿Cómo funcionan?, ¿Dónde se les puede encontrar?.

Por todo lo anterior, se puede considerar este trabajo como una ventana al esfuerzo de millares de parientes y amigos de alcohólicos en recuperación deseosos de ayudar a otros familiares que aun no conocen que existe Al-Anon e informar respecto a las características del programa que a brindado apoyo a personas familiares afectadas por la problemática.

El trabajo consta de 5 capítulos con los contenidos siguientes:

En el capítulo 1 se revisa las definiciones del alcoholismo a través de la historia.

En el capítulo 2 se describe al alcoholismo como una enfermedad que afecta no solo al bebedor sino también a la familia.

En el capítulo 3 se revisan tres alternativas de tratamiento utilizadas con familiares de alcohólicos: (1) Modelo de Tratamiento para Familias con un Miembro Alcohólico denominado Cronología de la Vida Familiar; (2) Modelo de Tratamiento Basado en la Historia de Vida de la Familia; y (3) el Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas. También se realiza un esbozo de las percepciones, los sentimientos, los pensamientos, las actitudes y los comportamientos en individuos afectados por la forma de beber de un familiar llámese este cónyuge, padre, madre, hermano, tío, abuelo, etc.

En el capítulo 4 se describe que son los Grupos de Familia Al-Anon, su historia y definición así como el programa que siguen en la recuperación de los parientes y amigos de alcohólicos. También se revisan los 12 pasos, las 12 tradiciones, los 12 conceptos de servicio y los lemas que se utilizan como principios en su programa de trabajo.

En el capítulo 5 se revisan los criterios de eficacia de los Grupos de Familia Al-Anon y dos investigaciones realizadas en Estados Unidos sobre la eficacia de esta alternativa de tratamiento.

Finalmente, se plantean las conclusiones y se hacen señalamientos acerca de la importancia de la ayuda que esta opción de tratamiento brinda a la población aquejada del dolor emocional que provoca la enfermedad del alcoholismo de un ser querido.

Capítulo 1 Alcoholismo.

Desde la aparición de las civilizaciones más antiguas, el hombre ha ingerido bebidas alcohólicas. Baco, Osiris y Noé fueron reconocidos como enriquecedores de las culturas griega, egipcia y hebrea por haber introducido el vino a estos pueblos. En ese entonces las manifestaciones de la sociedad ante el consumo de bebidas alcohólicas eran o bien de complacencia- aceptación otorgándole al alcohol virtudes excelsas o bien señalando solo la severidad del daño que causaba su abuso (Velasco, 1988).

A través de la historia han proliferado las definiciones de alcoholismo. Existen más de 100 de ellas (Madden, 1998).

Dependiendo del enfoque del autor, al “alcoholismo” se le ha definido acorde a seis modelos que abordan el problema: moral, psicológico, médico, sociocultural, epidemiológico e interdisciplinario (Velasco, 1988).

1) De acuerdo al modelo moral (Velasco, 1988), se considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable y quien usa o abusa de él es un débil moral y/o un vicioso a quien debe castigarse, humillarse y marginarse de la sociedad por ser una persona potencialmente peligrosa. Entre algunos de los autores con este enfoque encontramos a Fouquet quien en 1951 (citado en Velasco, 1988), definió al alcoholismo como la condición del individuo que ha perdido la libertad de abstenerse del alcohol y a Rankin que en 1978 (citado en Souza, 1988), considero el uso del alcohol como malo, inadmisibles y pecaminoso.

2) Según el modelo médico (Velasco, 1988), el abuso del alcohol es solo el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrinológico, cerebral o neuroquímico. De acuerdo a este enfoque, el exceso en el consumo de etílico genera un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables que al igual que cualquier otra enfermedad permiten realizar un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Algunos de los autores que defienden este modelo son: la Académie de Médecine de Francia en 1945; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1951; Jellinek en 1960; el National Council on Alcoholism de Estados Unidos en 1976; Meyer en 1988; y Velasco en 1988.

3) De conformidad con los modelos psicológicos, al alcoholismo se le define simplemente como un síntoma que revela la existencia de conflictos psicológicos no resueltos, un trastorno de la personalidad, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad o el resultado de un aprendizaje reforzado por los efectos gratificantes del alcohol. Duchêne en 1950; Chafet y Demone en 1972; Millar y Eisler en 1975, son algunos de los autores que defienden este modelo (Velasco, 1988).

4) Conforme al modelo sociocultural (Velasco, 1988), el alcoholismo representa una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo, sin importar sus problemas psicológicos o su predisposición biológica a la bebida. De acuerdo con este modelo se considera que: la familia, la organización social, la disponibilidad de bebidas alcohólicas y otros factores socioculturales que producen tensión, son los causantes del alcoholismo.

A la familia se le considera el elemento más importante en la generación y desarrollo del alcoholismo por la importancia que tiene la actitud y conducta de los padres con respecto al uso de bebidas alcohólicas y su participación en problemas como: la pobreza, el hacinamiento, la desintegración familiar, los divorcios, la delincuencia y otras experiencias negativas que contribuyen a generar insatisfacción e inducen al individuo a buscar

satisfacción en el alcohol y otras drogas. Aunque no solo en la familia se generan las frustraciones, también los cambios sociales acelerados, la creciente industrialización, la competencia, la exaltación del individualismo en contra de la interdependencia funcional y los controles sociales producen tensión. Aunado a esto, la publicidad y disponibilidad sin restricciones de bebidas alcohólicas son factores que promueven el aumento del alcoholismo (Velasco, 1988).

5) De acuerdo con el modelo epidemiológico (Velasco, 1988), los problemas relacionados con el alcohol afectan no solo al bebedor, también perjudican a su familia y a su comunidad. A través de este modelo puede observarse y estudiarse el alcoholismo como el resultado de una interacción compleja entre el agente (alcohol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental y sociocultural). En el estudio del huésped se puede investigar al individuo completo con todos los problemas físicos, mentales y sociales que tiene independientemente de su dependencia al etanol, así como el desarrollo de su alcoholismo. En cuanto a las repercusiones del alcoholismo en los miembros de la familia, también se toma en cuenta la existencia de conflictos familiares que no fueron provocados por la ingestión de alcohol pero que pueden inducir al individuo a beber en exceso.

De igual manera se pueden estudiar, de acuerdo a lo señalado por Piqueras en 1973 (citado en Velasco, 1981), los efectos dañinos que el alcoholismo ocasiona en la comunidad (alteración del orden público, violencia, accidentes, disminución de la productividad, pérdida de la economía, etc.).

6) En tanto que para el modelo interdisciplinario (Velasco, 1988), el alcoholismo requiere de un tratamiento integral en el que participen las diversas disciplinas científicas que aisladas han pretendido explicarlo y tratarlo. Este modelo es el más completo porque incluye elementos valiosos de los demás modelos.

Los enfoques médico y psicológico son pilares en el tratamiento y rehabilitación de los alcohólicos, pero dado que el alcoholismo es un fenómeno multicausal, la importancia de los factores socioculturales son básicos para su prevención (Velasco, 1988).

1.1 Definición de alcoholismo como una enfermedad.

Después de miles de años de existir el consumo del alcohol y de conocer los estragos que provoca en algunos usuarios, fue hasta el año de 1951 que el doctor Ford (citado en Velasco, 1981 p. 24), dijo que “el alcoholismo es una enfermedad física, psíquica y espiritual.

Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers en 1960 expreso con respecto al alcoholismo “... es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo” (Velasco, 1981 p.24).

Jellinek (citado en Barriguete, 1996), investigador del alcoholismo en los Estados Unidos de América, estimo que una cuarta parte de los alcohólicos tienen complicaciones físicas, clasifico al alcoholismo en 5 patrones básicos acordes al nivel de severidad de la problemática y los identificó con cinco letras griegas: alfa, beta, gamma, delta y epsilon.

Para reforzar el concepto del alcoholismo como una enfermedad que progresa si no se somete a tratamiento, Jellinek diseñó la tabla de la alcoholomanía que representa los pasos que puede recorrer un alcohólico en su proceso de autodestrucción física, moral o sea el rompimiento con los valores adquiridos y social o el alejamiento de su grupo familiar y de amigos. En la descripción del proceso de deterioro distingue cuatro fases que van desde el inicio de la carrera de bebedor hasta la muerte, cárcel o locura.

La primera es la fase prealcohólica, la segunda la fase prodrómica, la tercera la fase crítica y la cuarta la fase crónica.

Fase prealcohólica: Relajamiento ocasional de las tensiones a través de la bebida; relajamiento constante de las tensiones con la bebida; aumento de la tolerancia al alcohol.

Fase prodrómica: Palimpsestos (frecuentes lagunas mentales, sin alcohol); beber a escondidas; preocupación por la bebida; beber con avidez; sentimientos de culpabilidad por la forma de beber; evitar el tema de la bebida; aumento de los palimpsestos.

Fase crucial o crítica: Pérdida del control, borrachera, agresividad, etcétera; racionalización de la manera de beber; se busca neutralizar las presiones sociales; comportamiento grandioso y fanfarrón; temores persistentes; pérdida total de la abstinencia; tentativa de modificar la manera de beber; alejamiento de los amigos; renuncia a los empleos; la bebida se constituye en el centro de la vida; pérdida de intereses externos; cambio en la interpretación de las relaciones interpersonales; autocompasión; fuga geográfica; cambio en las actitudes familiares; resentimientos irracionales; protección de su provisión de alcohol; negligencia alimentaria; primera hospitalización; disminución del apetito sexual; beber en ayunas.

Fase crónica: Intoxicación prolongada; deterioro moral o acentuado; trastornos del pensamiento; psicosis alcohólica; beber sustancias similares o que contienen alcohol; disminución de la tolerancia; temores indefinibles; temblor persistente; inhibición psicomotriz; el beber adquiere un carácter obsesivo; aparecen varias ideas o temores de apariciones religiosas; desmoronamientos del sistema de racionalización; hospitalización definitiva; muerte.

Por otra parte, dada la complejidad de este padecimiento, Barriguete (1996 p. 90) prefiere describir en que consiste la enfermedad.

El alcoholismo es:

- 1.- una enfermedad primaria. (No es un síntoma, ni consecuencia de otra.)
- 2.- produce síntomas y signos psíquicos, físicos y sociales.
- 3.- es un padecimiento producto de una alergia al alcohol.
- 4.- es una enfermedad familiar.
- 5.- es una enfermedad incurable, progresiva y mortal.

La definición del alcoholismo como una enfermedad se deriva de la pérdida de control al consumir alcohol, dado que reúne los requisitos que la medicina exige para considerar como enfermedad a determinado conjunto de síntomas y signos: tiene una historia natural; hay un cuadro clínico perfectamente identificable y similar en todos los individuos que lo padecen; hay una etiología (causas), una fisiopatogenia (los factores biológicos subyacentes a la enfermedad), un pronóstico, un tratamiento y una serie de estrategias para su prevención (Elizondo, 2004).

Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas están el consumo diario en grandes cantidades, episodios continuos de beber hasta la intoxicación, ingesta de alcohol que causan daño físico y mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de la dependencia o adicción (Alonso-Fernández, 1988).

No todas las personas que beben alcohol son alcohólicas, ni aún las personas que consumen en exceso el etílico. “La clave de la enfermedad no está en la cantidad que se bebe ni en la frecuencia con que se bebe sino en la pérdida del control para beber” (Cormillot, 1992 p. 65).

Una persona puede presentar un consumo de riesgo, un consumo perjudicial o una dependencia al alcohol. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el peligro de situaciones adversas para el bebedor o para los demás. El consumo perjudicial se refiere a aquel que tiene consecuencias para la salud física, mental y social (Babor, Higgins, Saunders, Mairstela, y Monteiro, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras agrupaciones profesionales han pronunciado oficialmente que el alcoholismo es una enfermedad pero también sugieren que la solución mas sencilla es utilizar la palabra alcoholismo como sinónimo de dependencia al alcohol (Velasco, 1980 p. 53).

1.2. Definición de alcoholismo como dependencia al alcohol.

La Organización Mundial de la Salud (1992), en el reporte de la Décima Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), considera que en la dependencia al alcohol se presentan tres o más de las siguientes características durante al menos un mes o si duran menos pero se presentan juntas en forma repetida en un período de doce meses:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol; unas veces para evitar el inicio de la ingesta, otras para poder detener el consumo y otras para controlar la cantidad que se ingiere, como se hace evidente al tomar alcohol durante más tiempo del que se pretendía, o por un deseo persistente o por esfuerzos para reducir el consumo sin éxito.
- c) El cuadro fisiológico de abstinencia cuando se consume menos alcohol o cuando se termina el consumo, apareciendo el síndrome de abstinencia del consumo de alcohol.
- d) Evidencia de tolerancia a los efectos del alcohol tales como la necesidad de aumentar significativamente la cantidad necesaria para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o una marcada disminución del efecto con el consumo de la misma cantidad de alcohol.
- e) Preocupación por el consumo de alcohol que se manifiesta por el abandono de otras fuentes de placer o diversiones a favor del consumo de éste; o en gran parte del tiempo empleado en obtener, tomar o recuperar los efectos de la bebida.
- f) Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus manifiestas consecuencias perjudiciales, como se hace evidente por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o es presumible que lo fuera con respecto a la naturaleza y amplitud del daño.

El alcoholismo es desconcertante. Mucha gente no se da cuenta que lo padece hasta que ya es demasiado tarde. Para muchos alcohólicos es un problema que se presenta y desaparece; no todos los días beben, no siempre terminan ebrios o metidos en algún problema. Estos adictos forman el grupo de los “juerguistas” o episódicos que entran y salen de borracheras devastadoras ocasionales, por eso los momentos de lucidez son pocos para darse cuenta de lo que el alcohol les está haciendo, esta es una de las muchas razones por las que se dice a menudo que esta enfermedad es insidiosa (Wallace, 1990).

El alcoholismo es más que una adicción, es más que una enfermedad grave cuyo principal síntoma, la compulsión a beber alcohol es incontrolable. Otros síntomas: son la negación y el ocultamiento del problema. El ocultamiento del problema con la bebida es conciente y propositivo. La negación es inconsciente y se protege al utilizar otros mecanismos de defensa como son: la racionalización, la proyección, el desplazamiento, la minimización, la intelectualización, la anulación, la justificación, etc. (Barriguete, 1996).

El alcoholismo no respeta sexo, edad, condición social o económica, raza, religión, profesión, belleza, cultura ni inteligencia (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1966).

Se puede decir que el alcoholismo es mucho mas que una enfermedad, es un problema de salud y refiero el concepto de salud establecido por la Organización Mundial de la Salud que se enuncia en estos términos “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no la simple ausencia de enfermedades.(Velasco, 1980, p. 21).

En muchas ocasiones los alcohólicos dicen que beber es su problema y que pueden hacer con su vida lo que quieren pero la realidad es que su enfermedad afecta a su familia. En México se calcula que por cada alcohólico hay otras cuatro personas que padecen los efectos de la enfermedad (Cormillot, 1992).

La propuesta de la OMS de llamar al consumidor de etílico como una persona dependiente del alcohol en lugar del término alcohólico y la consideración del alcoholismo como un problema de salud no solo como una enfermedad, permite que el problema sea revisado bajo la óptica de múltiples disciplinas. Dado que es un fenómeno cuya etiología es multicausal, también su solución requiere hacerlo desde diferentes disciplinas. Sin embargo tanto en Alcohólicos Anónimos como en los Grupos de Familia Al-Anon al alcoholismo se le considera una enfermedad y aunque este concepto ya ha sido superado, el tratamiento que estas alternativas de tratamiento brindan a sus miembros sigue siendo eficaz

En el siguiente capítulo se revisa la repercusión que el beber incontrolable de un miembro provoca en la familia.

Capítulo 2 Alcoholismo. Impacto en la Familia.

Para Jakson (citado en Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. , 1989), el alcoholismo afecta no solo al alcohólico. Otros miembros de la familia reaccionan ante la enfermedad y por lo menos otro familiar resulta perturbado en su personalidad.

El alcoholismo provoca un fuerte impacto emocional en los familiares más cercanos al alcohólico. Los más afectados son: el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., sin fecha).

Aunque muchos saben que el alcoholismo es una enfermedad, muy pocos lo consideran un “contagio familiar” (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1972).

La relación entre el alcohólico y la familia no es una relación de una sola vía. La familia también afecta al alcohólico y a su enfermedad. Cuando dos o más personas conviven por un determinado periodo de tiempo, desarrollan patrones de relación mutua. En la familia se dividen las funciones, se fijan las normas y se determinan los papeles a desempeñar. Para que la familia funcione en armonía, cada uno de los miembros debe representar su papel y representarlo de forma predecible, así como asumir su función. Cuando esta organización es perturbada, cada uno de los miembros de la familia lo resiente y se produce una crisis.

Las crisis con frecuencia siguen un patrón similar. A menudo se niega que exista un problema. La familia trata de continuar con su conducta habitual hasta que se hace obvio que esos patrones de conducta ya no son efectivos. En este momento se hace un bache en la organización. Los papeles se desarrollan sin entusiasmo, se incrementan las tensiones y las relaciones se hacen tirantes. Tratan de ajustarse y si lo logran puede haber alguna mejoría y la organización de la familia se estabiliza en un nuevo papel. En cada fase de la crisis existe un reajuste de papeles a jugar entre los miembros de la familia; cambio de posición, de prestigio, de “imagen del yo”, y del “otro”; cambio en la solidaridad e imagen de la familia hacia el exterior (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1972).

Mientras la crisis está en proceso perturba a todos los miembros de la familia. El problema del alcoholismo, puede contribuir de algún modo en la presentación de los intentos de suicidio en alcohólicos y en sus familiares (Romero, 1992).

Cuando uno de los adultos se vuelve alcohólico, las principales repercusiones que se presentan son : la deshonra, el desempleo, el empobrecimiento, la deserción y regreso al hogar, falta de apoyo, infidelidad, violencia, encarcelamiento, inconformidad progresiva, divorcio, hijos tímidos, enuresis, bajo aprendizaje, niños maltratados, impotencia sexual, neurosis y asma bronquial. (Carrillo, 1985).

2.1 Cómo afecta el alcoholismo a la familia.

Todavía ahora, en nuestra cultura tener un familiar alcohólico se considera vergonzoso y como algo que no debe ocurrir. De tal forma que cuando este hecho ocurre, la familia tiene que encontrar técnicas que le permitan manejar la crisis con base en ensayo y error.

El alcoholismo rara vez se presenta repentinamente. Por lo general se va gestando poco a poco por eventos espaciados en el exceso de beber, los cuales provocan pequeñas crisis.

Los familiares tratan de encontrar justificación a los incidentes y pueden llegar a definir la situación como controlable, comprensible y “aquí no ha pasado nada”. En el lapso de tiempo que pasa de un episodio de ebriedad a otro es posible que algunos miembros, aparte del alcohólico, se sientan culpables por su comportamiento y por el impacto que causan unos en otros. Gradualmente no solo el problema del beber sino otros son negados o ignorados. Lleva tiempo para que los familiares más cercanos al alcohólico se den cuenta de que la bebida conlleva un comportamiento anormal e incontrolable. Al alcohólico le lleva aún más tiempo llegar a la misma conclusión. La visión cultural de que los alcohólicos son solo los “teporochos” o borrachines callejeros, contribuye a mantener la situación confusa. Los amigos también ayudan a la confusión (Al-Anon Family Group Headquarters Inc., 1972).

En una etapa inicial a menudo la familia empieza a aislarse. En ocasiones también es la gente que se retira después de presenciar uno o más comportamientos inapropiados del alcohólico. Para protegerse de su pena y evitar que otros lleguen a saber el grado del problema con la bebida, la familia cancela las actividades sociales y se recluye en su hogar.

La siguiente fase comienza cuando la familia define el comportamiento alcohólico como “anormal”. Este es el momento en el que se realizan esfuerzos titánicos, aunque a veces contradictorios, para controlar la bebida y la conducta alcohólica; se amenaza con correr al consumidor, lo consienten durante sus resacas, algunos miembros de la familia beben con él; esconden las botellas o tiran el alcohol, restringen el dinero, tratan de entender su problema, le proveen el licor a la mano y luego lo regañan. Pero todo fracasa y poco a poco la familia se preocupa tanto de descubrir como mantener sobrio al alcohólico que las metas a largo plazo se olvidan o pasan a segundo término. El beber y el bebedor se convierte en un símbolo de todos los problemas en el hogar. Los conflictos conyugales y entre padres e hijos se contemplan como derivados indirectamente del comportamiento alcohólico. Los sentimientos de inadecuación, culpa, desamparo, autodevaluación, resentimientos e incomprensión del problema aumentan. A pesar de todos los esfuerzos realizados para cambiar la situación nada parece efectivo.

En la última etapa la familia se desorganiza. Esta etapa de desorganización termina cuando al fin alguna crisis alcohólica leve o fuerte representa la gota que derrama el vaso y fuerza a la familia a llevar a cabo una acción organizada. Algunas familias deciden la separación física del alcohólico, otras se reorganizan ignorándolo. Esta reorganización tiene efectos estabilizadores en sus miembros pero los sentimientos de culpa y ansiedad subsisten (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1972).

2.1.1 Efectos que provoca en los padres el alcoholismo de un hijo.

La relación, padre-hijo es un lazo emocional realmente profundo (Bautista, 2004).

Es difícil describir el intenso sufrimiento y confusión que experimenta un padre o una madre cuando se percata de que el ser al que vio nacer y trajo al mundo se ha convertido en un alcohólico. Son los padres los que cuidaron al pequeño ser, lo amaron, protegieron y

guiaron por la vida, los que le velaron y rezaron por su prosperidad y felicidad y ahora ya adulto, acude a ellos solo cuando esta en dificultades, pero ya no lo pueden controlar. A menudo lo regañan, suplican que pare de beber en un intento por controlarlo. Pero él se revela ante su autoridad. Con frecuencia es el padre quien en una muestra de cariño y orgullo lo protege demasiado. Muchas, muchas veces los padres perdonan y protegen y se hacen la ilusión de que así lo están ayudando. Un gran sentimiento de culpa se apodera de ellos, sentimiento que se expresa a través de preguntas tales como “¿Dónde fallé?”, “¿Cómo podría evitarlo?”, “¿Qué puedo hacer ahora?”

Si el hijo o la hija viven aun en la casa paterna, los padres pueden vivir siempre alerta a los inciertos pasos de idas y venidas; al sonido de la llave que no encuentra el ojo de la cerradura para abrir la puerta; al mensaje que puede traer la noticia de un accidente o una tragedia. Todo esto puede enfermar a los padres al llenarlos de un temor constante y continuo.

Si el hijo (a) es casado (a), tiene familia y vive separado de sus padres, éstos pueden vivir angustiados por el efecto que sus borracheras tienen sobre la esposa (o) y los nietos. Tal vez se sientan obligados a cargar con la responsabilidad de su manutención y así releven al alcoholíco de sus obligaciones. Algunos padres culpan al cónyuge no alcoholíco del alcoholismo de su hijo (a). Otros tantos ayudan a perpetuar la enfermedad al persistir en sacarlo de apuros una y otra vez. No se percatan de que le están haciendo un gran daño. Es verdad que no rescatarlo es muy difícil y doloroso. “es nuestra carne y hueso”, dice la madre, “¿Cómo podemos abandonarlo?” y “¿Quién verá por él (o ella) si no lo hacemos nosotros?”. Lo que los padres se imaginan es su deber y la demostración de su gran cariño solo retrasa la hecatombe final (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1967).

Los padres actúan así porque el 94 por ciento desconocen la existencia de los grupos de ayuda mutua o de otras instancias a las que pueden acudir, aunque el 60 por ciento considera que seria adecuado recibir ayuda profesional (González, 1998).

Es común pensar que los jóvenes con graves problemas de conducta como: alcoholismo, drogadicción, complicaciones en su vida sexual, en sus estudios, en el trabajo y en sus relaciones interpersonales, provienen de hogares muy disfuncionales, desintegrados o mal constituidos y que son hijos de padres con problemas de comportamiento e irresponsables que no les brindaron amor ni cuidados. Pero no siempre es así, hay familias estables, con padres responsables y que sin embargo se enfrentan a situaciones similares. Esto generalmente se atribuye a las influencias nocivas.

Una educación débil puede tener efectos nocivos sobre la personalidad de los niños y jóvenes, similar a la que reciben los niños que se crían en hogares disfuncionales.

Para lidiar con las influencias perjudiciales y con las presiones que las malas compañías ejercen sobre los valores personales de sus hijos, muchos padres fomentan hábitos positivos a partir de varias premisas:

- I. Aumentar día a día el amor familiar y hacia las demás personas demostrándolo en la vida cotidiana.
- II. Tener un sistema de creencias, una recta filosofía de la vida que los oriente.
- III. Comentar la esperanza en el futuro, sin falsas perspectivas pero sin pesimismo.
- IV. Tener la capacidad de juzgar con acierto las cuestiones importantes de la vida así

- V. Como las pequeñas decisiones, actuar con criterio propio sin dejarse manipular por los demás.
- VI. Ejercer el sentido de la responsabilidad y del respeto hacia los demás.
- VII. Demostrar hábitos de autocontrol de los deseos y los sentimientos.

Los adolescentes y los jóvenes responsables, auto disciplinados, seguros y con convicciones provienen de hogares con padres que tienen las características anteriores y que además se encargaron de formarles el carácter conscientes de las influencias negativas que acechan a sus hijos.

2.1.2 Efectos que el alcoholismo del cónyuge provoca en la (el) esposa (o).

Kellerman (citado en Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1969), describió como las personas que conviven con un alcohólico pueden perpetuar la enfermedad y obstaculizar su recuperación. Así mismo representó al alcoholismo como 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.

Una persona bebe hasta emborracharse y los demás reaccionan contra las borracheras y sus consecuencias. El bebedor responde a estas conductas reactivas con volver a beber y con esto se establece un círculo de culpa y negación como si fuera una espiral descendente.

El alcohólico pronto aprende que el uso del alcohol le hace sentirse bien. Para él el uso del alcohol es una bendición, es su medicina, no su veneno, le resuelve todos sus problemas, por lo menos por un breve tiempo.

En el primer acto del drama, el alcohólico bebe un sorbo con rapidez y después más, bebe sin recato y niega la cantidad que bebe, esta es la primera parte de la negación, ocultar la cantidad que bebe (el primer signo de alcoholismo es beber en exceso y muy frecuentemente). Después de muchos tragos el alcohólico se siente en la cúspide del mundo y puede actuar como si fuera un pequeño dios. Si las borracheras continúan por largo tiempo, el alcohólico crea una crisis, se mete en problemas y termina en un completo caos.

En el segundo acto, el alcohólico no hace nada ya que espera que los demás hagan algo por él. El primer personaje en aparecer, Kellerman lo llama el Propiciador quien impulsado por su propia ansiedad y sentido de culpabilidad puede querer rescatar a su amigo alcohólico. El Propiciador también puede ser una persona ajena a la familia, como un clérigo, un médico, un abogado o un trabajador social, quienes careciendo de conocimiento sobre la enfermedad del alcoholismo desean aliviarle la intolerable tensión creada por la situación. Al solucionarle el problema le impiden al alcohólico el proceso de aprendizaje por medio de enmendar sus propios errores y le condicionan para hacerle creer que siempre habrá un protector que irá en su ayuda. Aunque los Propiciadores digan que no lo volverán a ayudar, siempre lo harán de alguna manera.

El segundo personaje que aparece en escena, Kellerman lo denomina la Víctima y es la persona que se hace responsable de hacer el trabajo que dejó de hacer el alcohólico debido a sus ausencias o a su malestar por las resacas. La Víctima puede ser el jefe, el patrón, el capataz o supervisor, un socio de negocios o un compañero de trabajo y es el responsable de que el alcohólico continúe bebiendo sin perder su empleo.

El tercer personaje que aparece en el drama es la persona clave de la obra y es: en el caso de un alcoholico soltero; la madre, el padre o la persona con quien el alcoholico vive; en el caso de que el alcoholico este casado, la esposa. Ella es la Provocadora, es el personaje que se siente dolido y lastimado por las continuas borracheras y alimenta con su amargura, resentimiento, temor y dolor la vida conyugal y de esta manera se convierte en la fuente de provocación. A este personaje Kellerman tambien lo llama "el arreglalo todo". El alcoholico la acusa de todo lo que esta mal en el hogar y en el matrimonio, ella a cambio hace todo lo posible para que su matrimonio se mantenga y demostrarle a su esposo que el es el equivocado. Ella es la esposa, ama de casa y ademas puede verse en la necesidad de ganar parte o todo el sustento familiar. Pero ademas quiere ser la enfermera, doctora y consejera, todo a un tiempo. Sin embargo no puede ejercer tantas funciones sin perjudicarse y perjudicar a su familia. Esto la disgusta tanto que añade más y más culpas, resentimientos y hostilidad a una situación ya intolerable.

En el tercer acto, el alcoholico niega: tener problemas con la bebida; ser un alcoholico; que el alcohol le este causando problemas; reconocer que alguien lo haya ayudado; que pueda perder su empleo; haberle causado problemas a su familia, etc., más y más negaciones.

A medida que la enfermedad y el conflicto empeoran, el marido puede acusar a la esposa de infidelidad, a veces sin razón. Con el tiempo la familia se ajusta a convivir todos unidos. El alcoholico promete que no volverá a beber y todos los personajes juran que nunca más le ayudaran. Cuanto dicen es completamente diferente de lo que cada uno ha hecho y hará otra vez (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1969). La comunicación familiar influye en el grado de alcoholismo del padre (González, 1985).

Como los años pasan, los personajes envejecen, pero hay poco cambio en las palabras o en la acción de la obra. Los actores se imaginan que con su conducta ayudan al alcoholico sin saber que lo que hacían y hacen es perpetuar su enfermedad y hacer casi imposible la recuperación del enfermo.

La esposa es la primera persona en unirse al alcoholico en el círculo vicioso, en la espiral hacia abajo. Al ella absorber las injusticias, sufrir las privaciones, aguantar las vergüenzas y aceptar las promesas rotas, queda sin capacidad para enfrentarse a las situaciones creadas por el alcoholismo. Esto trae como consecuencia que se enferme emocionalmente. Ella no es una mujer enferma que convierte a su esposo en un enfermo alcoholico, sino una persona que se convierte en una parte de esa enfermedad llamada alcoholismo y queda atrapada entre un muro de ignorancia y vergüenza.

Si la esposa se separa de su esposo por su propia voluntad o por necesidad, descubrirá que se esta quedando sola. Amigos, familiares y asociados pueden hacerle creer que está equivocada tratando de desempeñar un nuevo papel, esto puede deberse a que es la mujer, a quien culturalmente en nuestro país, se le asigna el papel de responsable de controlar la forma de beber de su esposo (Tenorio, Figueroa y Natera, 1994).

Y con todo fue un acierto del poder legislativo crear una causal de divorcio fundada en el alcoholismo, debido a que la enfermedad puede llegar a convertir al alcoholico en un ser pusilánime que deja de cumplir con sus obligaciones morales, personales y económicas. (Hernández, 2002).

La única manera de evitar seguir dañando al esposo y a los hijos es buscar ayuda fuera del círculo de amistades y familiares, porque cuando ella representa el papel de la Provocadora, los hijos son colocados entre un padre y una madre enfermos. Si ella busca y encuentra ayuda protegerá en varias formas a sus hijos y puede contribuir a la recuperación de su esposo (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1969).

2.1.3 Efectos que el alcoholismo de los padres causa en los hijos.

Las personas más cercanas al alcohólico son las que más sufren. La familia se ve afectada cuando el bebedor pierde el empleo, cuando los parientes y amigos se alejan y evitan al alcohólico y su familia porque ya no pueden tolerar las consecuencias del alcoholismo.

Los miembros de la familia se encuentran atrapados en las consecuencias de la enfermedad y también ellos se enferman emocionalmente. Dentro de la familia alcohólica los hijos son afectados y reaccionan de maneras diferentes que quienes no son hijos de alcohólicos.

Las repercusiones que tiene el alcoholismo sobre los niños son semejantes en todos los países sin importar raza, nacionalidad, religión, cultura o economía. El lenguaje del sufrimiento es universal.

Por vivir en un ambiente de alcoholismo, a los hijos de alcohólicos les hace falta una base de datos: ellos no aprenden lo que otros niños aprenden en el proceso del crecimiento. Aunque salen adelante en las crisis, no aprenden el proceso cotidiano de “construir la vida”.

De acuerdo con Geringer (1999), los hijos adultos de alcohólicos presentan trece características, que no son defectos de carácter, son producto de las repercusiones del vivir en un hogar alcohólico.

Las características son:

1.- Los hijos adultos de alcohólicos tratan de adivinar qué es lo apropiado. Al vivir en un hogar con un ambiente caótico en que lo único que se espera son problemas, peleas y conductas “locas” o “extravagantes”; los vástagos se refugian en la fantasía e imaginan como sería la vida si papá o mamá dejaran de beber. Es obvio que no tienen un marco de referencia para saber que está bien decir o sentir, porque no viven en un hogar normal. Observan las conductas que parecen “normales” y las imitan, sin embargo lo que imitan puede ser o no ser normal y no tienen un fundamento sólido para decidir.

2.- A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo terminar un proyecto. El padre o madre alcohólico hizo muchas promesas que nunca cumplió, inicio muchos trabajos que no concluyó y no han tenido un aprendizaje que directa o indirectamente les ayude a resolver problemas para llevar a término un proyecto.

3.- Los hijos adultos de alcohólicos mienten cuando podrían decir la verdad. Mentir se convierte en el pan nuestro de cada día. La primera y más básica mentira es la negación del problema por parte de la familia, la imagen que se da de la familia hacia el exterior de que “aquí no pasa nada”, “todo esta bien”, es una mentira. La siguiente mentira, el encubrimiento, se relaciona con la primera. Los miembros no alcohólicos de la familia

encubren al miembro alcohólico. Inventan excusas para explicar porque no ha cumplido una obligación. Mentir se vuelve una costumbre. De acuerdo con González (1998), el 78 por ciento de los familiares de un alcohólico aceptaron encubrir al bebedor ante familiares y amigos y el 54 por ciento lo hicieron para justificar las faltas al trabajo. También el padre o la madre alcohólico parece mentir cuando dice que no volverá a beber y al otro día o al rato se emborracha. Los hijos de alcohólicos aprenden que mentir les da ganancias secundarias, les hace la vida más cómoda y no los compromete.

4.- Los hijos adultos de alcohólicos son sus jueces más severos. Cuando son niños, los hijos de bebedores a menudo son objeto de duras críticas y frecuentemente son acusados de la forma de beber del progenitor. Como están continuamente expuestos a este trato terminan creyéndoselo y cuando llegan a la edad adulta, aunque ya nadie se los diga esos sentimientos permanecen.

5.- A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo divertirse. De niños no ven a sus padres reír, bromear, hacer payasadas, divertirse. La vida es un asunto muy serio y amenazador. En los hogares alcohólicos no hay lugar para la diversión, la espontaneidad de los niños es acallada, reprimida.

6.- Los hijos adultos de alcohólicos se toman muy en serio así mismos. Pronto aprenden que la vida es demasiado seria. Cuando adultos les cuesta trabajo separarse de su trabajo porque toman muy en serio cualquier tarea que deban hacer. Dejar el trabajo por un momento, para divertirse, les parece ridículo, tonto o infantil.

7.- A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo mantener relaciones íntimas. Aunque desean tener relaciones íntimas sanas, no aprendieron a hacerlo, jamás vieron una sola, han vivido la irregularidad de una relación entre un padre amoroso y su hijo. Llevan tatuada la experiencia de un momento “acércate” y al rato “vete de aquí”. Un día se sienten queridos y al otro día rechazados. Crecen con un gran temor a ser abandonados. Este no saber que esperar en el acercamiento y alejamiento del “te quiero-vete de aquí” y el miedo al abandono impiden que el proceso del construir una relación amorosa se desarrolle con naturalidad e impide que dos personas se conozcan mejor y exploren sus sentimientos y actitudes.

8.- Los hijos adultos de alcohólicos reaccionan exageradamente a los cambios que no pueden controlar. Por miedo sienten que si no están a cargo y en control de la situación, pierden el dominio de su vida.

9.- Los hijos adultos de alcohólicos constantemente tratan de obtener aprobación y afirmación. Para los hijos de alcohólicos, no existe el amor incondicional, las definiciones no son claras y los mensajes los confunden, “Si, no, te quiero, vete de aquí”. Así que crecen con confusiones acerca de sí mismos. Después cuando son adultos es muy difícil que acepten la aprobación y la afirmación.

10.- Los hijos adultos de alcohólicos se sienten diferentes a otras personas. La sensación de ser diferentes ha estado desde la niñez, de hecho sí viven de manera diferente, sin embargo hay más personas que se sienten diferentes de las que los hijos adultos de alcohólicos creen. Pero sí son diferentes, porque mientras otros niños tuvieron la oportunidad de ser niños y ser tratados como niños, el hijo de alcohólico, desde niño esta muy preocupado con lo que pasa en su casa, los problemas del hogar opacan el resto de su vida. Se aísla, en consecuencia no

desarrolla las habilidades necesarias para sentirse a gusto o sentirse parte del grupo y la socialización se hace cada vez más difícil.

El aislamiento lo puede llevar a involucrarse en actividades antisociales con coetáneos y desarrollar conductas problemáticas (Rodríguez, 2004).

11.- Los hijos adultos de alcohólicos son súper responsables o muy irresponsables. La necesidad de ser perfecto y el temor al rechazo y al abandono pueden llevar al hijo adulto de un alcohólico hasta el agotamiento físico y mental por el gran esfuerzo que tiene que realizar para ser el padre, hijo, esposo, cuñado, yerno, etc., súper responsable. La gente súper responsable tiende a ser explotada; por alguna razón casi lo exige. Pero también puede estar en el otro extremo y no responsabilizarse de nada o ser súper irresponsable. No hay un equilibrio por elección, parte de la dificultad es que no evalúa realísticamente sus capacidades.

12.- Los hijos adultos de alcohólicos son leales en extremo tal que su lealtad a veces no es merecida. El temor a ser abandonados les hace casi imposible abandonar a otro.

Conforme una relación crece y la gente llega a conocerse mejor, la relación tiene que cambiar. Puede volverse más o menos significativa. La gente puede volverse más considerada o menos considerada. Todo cambia, así que lo que era en un principio, después ya no es igual.

Cuando las parejas con relaciones sanas pasan tiempos difíciles comparten sus sentimientos, si no pueden controlar sus agresiones hablan sobre ello y sobre cómo evitar que vuelva a suceder.

Con bastante frecuencia las personas que no son leales, critican constantemente. Pasan mucho tiempo diciendo en qué se está mal y aun así por temor a quedarse solo, el hijo de un alcohólico sigue siendo leal en una relación abusiva y/o agresiva.

13.- Los hijos adultos de alcohólicos son impulsivos y sus acciones impensadas los llevan a la confusión, a la aversión a sí mismos y a perder el control de su entorno. Como resultado de sus actos impulsivos tienen que dedicar mucho tiempo a enmendar errores.

Para Black (1991), el alcohólico promedio es un hombre o una mujer que conserva a su familia y trabajo y es común que busquen tratamiento cuando sus hijos ya son adultos.

Más de la mitad (de un cincuenta a 60 por ciento) de los alcohólicos y de las mujeres casadas con alcohólicos se han criado en familias con miembros alcohólicos. La enfermedad se transmite de una generación a otra y el miedo al alcoholismo no es suficiente para detener su progresión (Black, 1991).

Conforme avanza el alcoholismo es normal que el cónyuge se preocupe cada vez más por la conducta del alcohólico, esto da como resultado que ninguno de los padres pueda estar disponible de una manera predecible y coherente para atender a las necesidades de los hijos.

Es posible que algunas veces el alcohólico y su cónyuge respondan a sus hijos emocional y psicológicamente pero la incoherencia y lo impredecible de su conducta son elementos destructivos.

Los vacíos psicológicos que experimentan los hijos de alcohólicos a causa de una crianza incoherente y de la carencia de un apoyo emocional adecuado se proyectan en la vida adulta. Entre estos está: el no poder relajarse, no saber confiar en los demás, no saber recibir

órdenes o no saber mandar, no satisfacer sus necesidades personales y otros mecanismos subdesarrollados para enfrentar los problemas emocionales.

La mayoría de los hijos adultos que se criaron en hogares alcohólicos recuerdan las frecuentes discusiones que había en su hogar sobre “cualquier cosa y por todo”. Tanto los hijos como la madre y el padre no alcohólicos reciben una cantidad importante de hostigamiento verbal, sin importar que estuvieran bien o mal lo que hicieran. A veces el hostigamiento verbal puede aumentar y manifestarse de pronto en violencia y dar como resultado el maltrato físico o el ultraje sexual.

El 66 por ciento de los hijos criados en familias donde el alcoholismo era un problema, han sufrido maltrato físico o han presenciado el maltrato de otro miembro de la familia. En más de la tercera parte de esas familias, el maltrato existe de manera regular. Es posible que el alcohólico golpee al cónyuge no alcohólico y al (los) hijo (s). Sin embargo hay que reconocer que no solo el alcohólico es el violento, también el cónyuge no alcohólico puede ser el golpeador y golpear al alcohólico y a los hijos. Lo que es peor, es posible que algunos hijos vivan en un hogar donde los dos padres sean alcohólicos y los golpeen. Los golpes no necesariamente tienen que ser muy visibles, pueden ser sutiles como: pellizcos, empujones, empujones, tirones o apretones de cuello (Black, 1991).

Lo típico es que los miembros no alcohólicos intenten estabilizar el sistema familiar, repriman sus emociones y no las identifiquen, esto los vuelve rígidos y controlados y cuando se expresan lo hacen de una manera enjuiciadora, culpándose unos a otros.

Cuando los hijos de alcohólicos tienen más de veinticinco años es cuando comienzan a manifestarse los efectos de haber vivido en un hogar alcohólico. Sus vidas están llenas de sensaciones difusas de temor y culpa, muchos se sienten deprimidos, solos y con incapacidad de establecer relaciones de intimidad con nadie; sufren ataques a su dignidad y sus pérdidas a solas porque no perciben que puedan ser ayudados por sus padres u otras personas significativas. Sus vidas carecen de sentido. Tal vez ya empiecen a beber o estén casados con un alcohólico. La mayoría tiene problemas relacionados con la confianza, la dependencia, el control, la identificación y la expresión de los sentimientos. Su creencia de que a mí “nunca me sucederá eso” persiste desde los primeros años de su infancia hasta su vida adulta (Black, 1991).

A menudo los hijos adultos de alcohólicos se interrogan respecto a su manera de beber y con razón, porque tienen una tendencia mayor que el promedio a volverse alcohólicos. Los adultos hijos de padre biológico alcohólico tienen 3.57 más riesgo de padecer alcoholismo que los hijos sin este antecedente (Lazcano, 1998).

En un estudio realizado con 350 adolescentes de entre 14 y 19 años de edad, se llegó a la conclusión que el tener el antecedente de alcoholismo en los padres es un factor de riesgo para presentar trastornos en el consumo de alcohol durante la adolescencia y este riesgo aumenta si el adolescente es del sexo femenino (Bautista, 2004).

Desde que son pequeños, los hijos de alcohólicos desarrollan los procesos de negación que se manifiestan en: no hablar, no confiar y no sentir (Black, 1991).

Es difícil confiar en una persona que continuamente avergüenza, humilla, decepciona o pone en peligro físico a uno. Es más difícil confiar o tratar de recuperar la confianza cuando la gente no menciona los incidentes que están ocurriendo dentro del hogar, cuando

los miembros de la familia minimizan y/o francamente niegan ciertas cosas que están sucediendo. El ingrediente más importante de una relación afectiva de cualquier tipo de relación es la sinceridad. Ningún niño puede confiar ni puede esperarse que confíe a menos que quienes lo rodean se muestren también francos y sinceros respecto de sus propios sentimientos. La ley de no hablar de lo que pasa en la familia alcohólica y la premisa de no confiar, les enseña a los niños que tampoco es seguro compartir los sentimientos, aprenden que sus sentimientos no serán validados. Aprenden a descartar y reprimir los sentimientos y algunos simplemente aprenden a no sentir.

Los hijos de alcohólicos se esfuerzan mucho para estabilizar y dar coherencia a sus vidas. Aprenden a centrar la atención en el entorno o en otras personas, o aprenden a desvincularse de la familia, esto les ayuda a no sentir. La negación de sus sentimientos es lo que impide la estabilidad emocional y psicológica. Los hijos de alcohólicos que desarrollan una conducta inadecuada a menudo comienzan a usar o abusar del alcohol y de otras drogas (son los emblemas típicos de los actos de rebeldía), a temprana edad. Ya adultos descubren que lo que han hecho o dejado de hacer les causa problemas de consideración y complica su vida de adulto; por ejemplo: no haber cursado la secundaria, no haber aprendido un oficio, la incapacidad de controlar su ira, el tener hijos ilegítimos o haberse casado muy jóvenes. Con el tiempo, los padres no alcohólicos que son o fueron hijos de padres alcohólicos se vuelven depresivos, iracundos, rígidos o indiferentes (Black, 1991).

Las mujeres hijas de alcohólicos tienden a deprimirse y presentar problemas matrimoniales severos (Souza, 1988).

Los hijos de alcohólicos se han descrito a sí mismos como niños hiperactivos; impulsivos e inseguros y desarrollan fácilmente trastornos neuróticos y desordenes de conducta, así como trastornos que fomentan un pobre desempeño escolar (Souza, 1988).

Pero si la madre es la alcohólica, y consume etílico durante el embarazo, no necesita esperarse a que el hijo llegue a la niñez o edad adulta para que presente problemas psicológicos. En investigaciones médicas se ha encontrado una relación causal directa entre el consumo de alcohol de la madre y una serie de problemas físicos y mentales que ya al nacer tiene el hijo. Uno de los problemas graves que se pueden presentar es el Síndrome Alcohólico Fetal (Vk. Alcohol Alert, 1997).

El Colegio Royal diagnostica el Síndrome Alcohólico Fetal por la manifestación de tres signos característicos (Vk. Alcohol Alert, 1997).

- Retardo en el crecimiento del feto.
- Involución del Sistema Nervioso Central que da como resultado anormalidades neurológicas, retraso en el desarrollo y deterioro intelectual.
- Características deformaciones físicas: pequeñas fisuras en los párpados, maxilar superior aplastado, cabeza pequeña y deformación de la cara.

2.2. Técnicas para evaluar el efecto que el alcoholismo ha provocado en un familiar o amigo.

Un problema familiar es cualquier situación que amenaza la salud física o emocional de algunos o todos los miembros de la familia (Velasco, 1988).

En el caso del alcoholismo el entrevistador debería analizar una serie de características que le permitan darse cuenta del problema y para realizar esta tarea existen algunos instrumentos que podrían ayudar a detectar la cuestión (ver anexo).

De acuerdo al modelo modificado de Mc Master, un examen al conjunto de características dinámicas y estructurales de la familia permitiría revisar su funcionalidad o disfuncionalidad (Velasco, 1988).

Las características son las siguientes:

- Patrones de identificación del problema. Qué tipo de problemas identifica la familia, quién de los miembros es el que identifica el problema, a quién lo comunica y los grados de acuerdo y colaboración o desacuerdo y negociación con la persona que identifica el problema.

- Patrones de solución de problemas. Qué ha intentado hacer la familia para solucionar el problema, quién toma la iniciativa, qué tipo de ayuda han solicitado, a quién han recurrido, quién propone soluciones distintas y de qué tipo son los acuerdos, desacuerdos y cuáles son los resultados obtenidos.

- Expresión de afecto. Determinar cuál es el afecto predominante en el grupo familiar y analizar la capacidad de los miembros de la familia para expresar adecuadamente los sentimientos humanos.

- Participación emocional. Determinar el grado de involucramiento o de cohesividad de la familia así como el grado de interés de cada uno en relación con el resto de la familia.

- Comunicación. Precisar los mensajes verbales y no verbales; contenidos de los mismos; patrones de comunicación: claro y directo; claro e indirecto; enmascarado y directo; enmascarado e indirecto.

- Roles. Definir los roles idiosincrásicos que existen en la familia y otorgan una importancia funcional y un sentido particular para preservar el equilibrio familiar. Algunos de estos roles son: el “bueno”, el “malo”, el “provocador”, el “pacificador”, el “enfermo” y la “víctima”.

- Autonomía. Determinar las alianzas y coaliciones que existen en la familia.

- Modo de control. Precisar el patrón de control habitual que utiliza la familia para manejar sus impulsos y mantener conductas o modelos respecto a lo bueno o lo malo, lo aceptable o lo no aceptable de acuerdo a los siguientes cuatro modelos: rígido, flexible, lazo y caótico.

- Patrones de toma de decisiones. Definir quién toma formalmente las decisiones y dispone las pautas de conducta a seguir por toda la familia.

- Límites. Definir quién los marca y cuáles son.

- Significancia. Conocer las normas que rigen el funcionamiento de la familia y el grado de importancia y participación que tiene un miembro de la familia en los eventos importantes de la vida familiar.

Hasta muy recientemente se han elaborado algunos cuestionarios para identificar a los hijos de alcohólicos o para que el familiar determine por sí mismo o con la asistencia de un profesional, si ha sido dañado por la forma de beber de un pariente cercano y necesita ayuda (ver anexo).

Claudia Black (1991) propone detectar problemas de alcoholismo buscando información relativa a patrones de conducta con preguntas como:

-¿Qué tan seguido bebe tu padre / madre?

-¿Te das cuenta de que respondes de forma diferente a tus padres, dependiendo de si están o no bebiendo?

-¿Alguna vez te asustas por la conducta de tus padres, por ejemplo, que beban y manejen, o que se pongan violentos cuando uno de ellos esta bebiendo?

La mejor defensa de la familia contra el impacto emocional del alcoholismo en uno de sus miembros consiste en aceptar la enfermedad, adquirir conocimiento sobre ella y conseguir madurez y valor. Por eso lo mas indicado es que los familiares busquen ayuda y sigan un tratamiento para resolver sus propios problemas (Kawage, Gutiérrez, Llano, Martínez y Chavarría, 1998).

Algunas familias logran auxiliar al alcohólico a reconocer su necesidad de ayuda y apoyan los esfuerzos del tratamiento. Otras pueden impedir que el alcohólico busque asistencia y por el contrario estimularlo para que la enfermedad persista.

En resumen, los familiares de un alcohólico experimentan: intenso sufrimiento y confusión al descubrir el alcoholismo de un hijo (a), de su padre o madre, de la esposa o cónyuge, o de un hermano (a); impotencia, ya no lo pueden controlar; un gran sentimiento de culpa; un temor constante y continuo; angustia persistente; tal vez se sientan obligados a cargar con la responsabilidad de su familiar alcohólico; algunos padres culpan al cónyuge no alcohólico o a otra (s) persona (s); si el padre es el alcohólico los hijos podrían culpar a la madre o viceversa o en fin el familiar del alcohólico podría culpar a cualquier otra persona; algunos pueden ayudar al alcohólico a buscar asistencia externa, otros ayudan a perpetuar la enfermedad; dolor, se sienten lastimados por las continuas borracheras y alimentan con su amargura resentimientos y temores; culpa, porque el alcohólico los acusa de todo lo que esta mal en el hogar; disgusto, ya que pueden verse en la necesidad de ganar parte o todo el sustento familiar; injusticia, sufren privaciones, aguantan las vergüenzas y aceptan con dolor las promesas rotas; responsabilidad para controlar la forma de beber de su familiar alcohólico.

En el capítulo siguiente se revisan algunas opciones de tratamiento para familiares de alcohólicos.

Capítulo 3 Diferentes Tratamientos Para Familiares de Alcohólicos.

La familia es un sistema en transformación que de forma constante recibe y envía información dentro y hacia fuera de ella y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.

El alcoholismo también se conoce como enfermedad de la familia. Los alcohólicos pueden tener cerca de ellos a: niños, jóvenes, adolescentes o adultos; pueden tener esposas o maridos; hermanos; padres u otros parientes. Un alcohólico puede interrumpir totalmente la vida de su familia y causar daños que pueden durar toda la vida. Cada miembro de la familia puede ser afectado por el alcohol y el alcohólico de manera diferente. El alcoholismo es responsable de más problemas que perturban a la familia que cualquier otra sola causa. Una de cada cuatro familias tiene problemas con el alcohol (Parsons, Berger, Silverstein y Wekesser, 2003).

”El alcohólico es como un huracán que se precipita en las vidas de los demás. Se rompen corazones. Mueren las relaciones agradables. Los afectos se han desarraigado. Los hábitos egoístas y desconsiderados han mantenido al hogar en un tumulto” (Alcoholics Anonymous World Services Inc., 1967, p. 127).

La figura familiar más estudiada en el campo del alcoholismo es la esposa del alcohólico. Se reconoce que a lo largo de años de convivencia con un alcohólico a toda mujer le resulta difícil mantenerse libre de deformaciones psicológicas (Alonso-Fernández, 1988).

Cuando el alcoholismo progresa, a algunas esposas de alcohólicos se les dificulta hacer planes porque no saben si el alcohólico llegara a su casa a comer o se irá a beber; no pueden arreglar una cita con amigos o familiares porque no saben si el alcohólico esté dispuesto a ir o se rehusó; no se atreven a invitar amigos o parientes a su casa porque no saben si el marido estará sobrio, de modo que no les es posible una forma coherente de vida. Las mujeres de alcohólicos esperan, esperan y esperan. Esperan que sus maridos vuelvan a casa, esperan un accidente, esperan que sus esposos pierdan el empleo y esperan una inevitable catástrofe. Son testigos de su conducta ebria día tras día, semana tras semana y a medida que pasa el tiempo con mayor aversión. Él alcohólico no es totalmente consciente de lo que está haciendo. Es ella, la esposa, la que ve lo terrible que son algunas de sus acciones (Kessel y Walton, 1991).

La mayor parte del tiempo, la mujer del alcohólico siente como la hiere, ve destruidos sus sueños, a veces tiene que soportar la violencia, los celos, el maltrato físico o mental. Se siente cada vez más solitaria y confundida. En ocasiones teme ser la responsable de que su marido beba. No sabe si es más apropiado estar enojada o ser protectora. No sabe que posición tomar frente al problema o a quien recurrir por ayuda. Puede continuar así por largo tiempo, esperando en vano que su marido sólo esté pasando por un mal trance, que el desorden sea solo temporal y que por sus propios esfuerzos logre controlar la bebida. Gasta mucha de su energía encubriéndolo. Miente a sus jefes, familiares, amigos y vecinos acerca de sus llegadas tarde o de sus ausencias. En un momento ella (o él) le grita al alcohólico, lo amenaza con el divorcio o matarse o matarlo y un minuto después ella (o él) puede sentir compasión y desea rescatarlo de las consecuencias que provocó con su conducta errática en el último episodio alcohólico, y no solo eso, lo justifica y acepta promesas y un comportamiento inaceptable para la mayoría de las personas. La verdad es

que el alcoholismo ha afectado su vida, sus actitudes y pensamientos son irracionales. El alcoholismo puede afectar el sustento económico, el alcohólico no está trayendo lo suficiente para afrontar las necesidades de la familia; afecta la función sexual; afecta la salud física; puede provocar cólera. Hay mucha violencia doméstica asociada al alcoholismo. La lucha que enfrenta con esta enfermedad la lleva a reaccionar de maneras que le permiten al alcohólico seguir bebiendo (Kessel y Walton, 1991).

Paradójicamente a veces la enfermedad de la mujer, se hace patente cuando el marido deja de beber y los primeros síntomas aparecen cuando éste asume su papel en los asuntos familiares. Pero cuando llega a comprender que lo que afecta a su marido es una enfermedad se le abre una nueva forma de tratar con los problemas. Deja de considerar a su marido responsable intencional de lo que está haciendo y su afecto y comprensión natural hacia él ya no necesitan ser contenidos. La mujer que ha comprendido que el alcoholismo de su marido es una enfermedad puede orientar su propia vida con mayor seguridad, aún si su marido sigue bebiendo ((Kessel y Walton, 1991).

Es importante considerar que la familia está atrapada en un conflicto terrible. Por una parte está trastornada, furiosa, por los comportamientos del alcohólico. Por otra parte, necesita a ese alcohólico. Confía en él. Es la esposa, o el novio, o un patrón, que confía en esa persona para hacer su trabajo (Kessel y Walton, 1991).

A medida que el alcohólico empeora, toda la estructura de su familia se altera al experimentar, temor y angustia por la conducta desconcertante e incomprensible del bebedor. La clave de la enfermedad está en la pérdida del control para beber alcohol (Cormillot, 1992).

A pesar de las dificultades que representa vivir con una mujer alcohólica, ya sea la esposa, madre, hija o hermana, los hombres son más reacios que las mujeres de hombres alcohólicos, a sentir la necesidad de mantener conversaciones para comprender las causas del alcoholismo de sus mujeres (Cormillot, 1992).

En el caso de los hijos, el efecto que produce tener un padre alcohólico perdura toda la vida: su influencia es sutil y fuerte. Un padre alcohólico proporciona un modelo de personalidad inservible. La tensión que le provoca a un niño vivir en un hogar alcohólico, no solo se expresa en forma de enfermedades, también se manifiesta en tener desórdenes de conducta como berrinches, conducta destructiva e hiperactividad. Estos síntomas son mas frecuentes en las familias donde la violencia ha sido prominente, no obstante la mayoría de los hijos de alcohólicos supera estas dificultades y realiza un ajuste adecuado (Kessel y Walton, 1991).

Ser hijo de alcohólico es un hecho de su historia, no es una enfermedad y el objetivo de ayudarlos a través de tratamiento es asistirlos para que descubran y superen los aspectos de esta historia que les causan problemas (Black, 1989).

Una manera más eficaz de ayudar a los hijos de alcohólicos es mejorar el ambiente y funcionamiento del núcleo familiar, para lograrlo es necesario contar con la participación de todos o de la mayoría de los miembros de la familia para: (a) cambiar los patrones de comunicación; (b) reconstruir las relaciones filiales, parentales y conyugales; (c) restablecer la confianza, respeto y la expresión de emociones en un marco de límites establecidos.

Aunque el alcohólico siga bebiendo, el cónyuge puede ser apoyado para que deje de sentirse culpable por la manera de beber del esposo y pueda dejarle a éste la libertad de decisión en la conducción de su vida (Black, 1989).

Un considerable número de situaciones y actitudes que se presentan en las familias con uno o varios miembros alcohólicos son disfuncionales. En muchas familias disfuncionales se presentan miembros con adicciones o alcohólicos como causa y/o consecuencia de las mismas (Kawage et al., 1998).

Las familias disfuncionales presentan ciertas reglas de comportamiento: control rígido y negativo de los sentimientos; perfeccionismo como un imperativo asfixiante en donde la única motivación es; cumplir y todo tiene que hacerse bien o de lo contrario sufrir el desprestigio y la pérdida de la imagen; culpabilidad; culpar y sentirse culpable es uno de los rasgos de la codependencia; no se permite sentir, ni hablar de las necesidades y deseos; no se pueden cometer errores, para ello el encubrir, mentir, temer y ser hipócrita se transforma en un sistema de vida; desconfianza. Los padres no confían en sus hijos y éstos no confían en sus progenitores. Sólo impera el egoísmo y el aislamiento; la intimidad emocional no existe (Kawage et al., 1998).

Las características de las familias con un miembro toxicómano son las siguientes (Charro y Martínez, 1995):

- a) Falta de cercanía y afecto. Esta falta de cercanía puede dar como resultado hostilidad, rechazo y crítica excesiva.
- b) Control y supervisión deficiente o muy autoritaria. La disciplina que con frecuencia suele ser utilizada por los progenitores de un alcohólico puede oscilar entre el dejar hacer o el autoritarismo.
- c) Relación entre afecto y control. Los padres de los alcohólicos no les proporcionan normas claras y son entrometidos.
- d) Separación en la infancia por muerte, divorcio o abandono. El alcoholismo es un síntoma que manifiesta dificultades familiares para defenderse de la desesperanza y elaborar el duelo por la pérdida de uno o varios de sus miembros.
- e) Frecuencia de enfermedades severas e invalidantes. La enfermedad también requiere la elaboración del duelo, que cuando no se lleva a cabo puede generar otros conflictos como el alcoholismo y la toxicomanía.
- f) Sobreprotección e intrusión. En estas familias los padres no están dispuestos a dejar a su hijo solo. Tienen dificultad para respetar la intimidad y la separación del otro.
- g) La cohesión y la adaptabilidad están en los extremos y tienden a describirse a sí mismos como familias desvinculadas y rígidas, es decir son familias en que sus miembros no se apoyan unos a otros, no hay cercanía y son poco flexibles para modificar su estructura y adaptarse a los cambios producidos por modificaciones en sus miembros o en el entorno en el que viven.
- h) Mayor frecuencia en el consumo de drogas. Los padres del toxicómano presentan una falta de confianza para enfrentar situaciones vitales y tienden a utilizar muletas psicológicas para lograr una sensación de tranquilidad y comodidad. Sus hijos con frecuencia se refugian en el consumo de sustancias con el mismo propósito.

La toxicomanía se entiende como síntoma de una disfunción familiar que va más allá de la enfermedad presentada y uno de los síntomas es que los familiares más cercanos al alcohólico dirigen todas las energías a la fantasía de que el dependiente dejará de beber, pero

cuando esto no ocurre se genera en ellos resentimientos, decepción, falta de confianza y un deseo inconsciente de ocultar la cruda realidad. Esto realmente enferma a la familia (Kawage, et al., 1998).

La mejor defensa de la familia contra el impacto emocional del alcoholismo en uno de sus miembros consiste en aceptar la enfermedad, adquirir conocimiento sobre ella y adquirir madurez y valor. Por eso lo más indicado es que ellos busquen ayuda y sigan un tratamiento para resolver sus propios problemas (Kawage, et al., 1998).

La familia con la enfermedad del alcoholismo pareciera tener un interés sistémico en mantener la enfermedad y cada miembro de la familia desarrolla un papel que le ayuda a mantener la disfunción, estos papeles los desempeña involuntariamente. El tratamiento para el alcoholismo, por lo tanto, debe incluir a la familia entera. Sin ayuda, la enfermedad del alcoholismo continuará siguiendo una trayectoria destructiva, para el alcohólico y la familia (Kalina, 2000).

En general, cuando se aborda el problema de las adicciones, la atención se centra generalmente en el consumidor pero no en los familiares que sufren las consecuencias del consumo. Sólo si éste asiste a tratamiento, algunos terapeutas prestan atención a la familia. Sin embargo cuando existe un alcohólico en un hogar, la salud y el bienestar de los familiares cercanos, parejas, padres e hijos están en riesgo. Pero pesar de esto, pocos son los programas de rehabilitación destinados a los familiares de alcohólicos o adictos, ya que casi todos están destinados para rehabilitar únicamente a los consumidores (Natera, Mora y Tiburcio, 1997).

Es sorprendente observar como algunos familiares justifican su negativa a participar en la terapia. Uno o más miembros suelen alegar no tener tiempo para imponer desde el comienzo del tratamiento sus propias reglas del juego (Kalina, 2000).

Toda la familia está motivada para buscar ayuda externa cuando sus propios mecanismos estabilizadores han fallado y los esfuerzos de la familia para resolver el problema lo empeoran (Bowen, 1989).

Trabajar con la familia del alcohólico es un elemento fundamental para el tratamiento integral del alcoholismo. El objetivo primordial del tratamiento familiar es lograr un cambio de actitudes de las personas que conviven con el bebedor. Este cambio de actitudes se puede lograr al comprender qué es el alcoholismo, ya que de no ser así, la familia participa en el mantenimiento o acrecentamiento del consumo de alcohol pues debido a la ignorancia, mitos y prejuicios que tiene respecto del alcohol, del alcoholismo y de los alcohólicos, tratará de controlar al bebedor y a sus conductas alcohólicas de manera errática. El objetivo secundario es descubrir la Psicopatología familiar y con base en un diagnóstico otorgarle a los miembros la terapia familiar adecuada. Entre las estrategias utilizadas para auxiliar a la familia a recuperarse están: las conferencias, las películas, pláticas de orientación, dinámicas de grupo para esposas, padres e hijos, la psicoterapia familiar y los grupos de ayuda mutua como Al-Anon y Alateen (Velasco, 1988).

Un nuevo paradigma surge con la terapia familiar: el objetivo de la intervención terapéutica no es un paciente, es un sistema que trasciende a la persona. Este sustento no pasa por alto que las familias están integradas por individuos con deseos, necesidades, que sufren o se benefician con las acciones de los demás, que acusan y son acusados y que tienen intereses armonizados o en conflicto (Stierlin, 1979).

La terapia familiar es una técnica de aplicación en el campo del alcoholismo relativamente reciente que está gozando rápidamente de gran aceptación como técnica complementaria para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de alcoholico y disminuir las recaídas (Stanton y Tood, 1988).

El concepto teórico de la familia como unidad de enfermedad es fundamental para cualquier proceso clínico y de investigación. Es la base sobre la que se desarrolla la psicoterapia familiar como un sistema ordenado lógicamente (Bowen, 1989).

En la psicoterapia familiar, las familias tropiezan con una profunda ansiedad, es en la relación mutua parental cuando se vuelven funcionalmente indefensos (Bowen, 1989).

Los miembros de la familia se relacionan de manera distinta con amigos, compañeros de trabajo y socios de cómo se relacionan dentro de la familia. Un padre puede actuar con éxito o decisión en el trabajo y, en cambio puede ser inseguro, acomodaticio e indeciso en su relación con la esposa o con la madre (Bowen, 1989).

La terapia familiar estudia al sujeto en su contexto social e intenta modificar la organización y estructura familiar. La transformación cambia las posiciones de los integrantes del núcleo familiar y como consecuencia las experiencias de cada individuo se modifican (Kalina, 2000).

Todos los individuos importantes de la unidad familiar desempeñan un papel en el modo como irrumpe finalmente el síntoma en el alcoholismo. El síntoma de beber demasiado tiene lugar cuando la ansiedad familiar es elevada. La aparición de un síntoma remueve una ansiedad todavía mayor en quienes dependen del individuo que bebe. A mayor ansiedad, mayores reacciones ansiosas del resto de los miembros de la familia. El beber para aliviar la ansiedad y el aumento de la ansiedad como respuesta a la bebida forman una espiral que puede convertir el proceso en una pauta crónica (Bowen, 1989).

La familia es un sistema en el que un cambio en el funcionamiento de un miembro de la familia se acompaña de un cambio compensatorio de otro miembro de la familia. El alcoholismo es una disfunción humana. Como disfunción se da en el contexto de un desequilibrio en el funcionamiento del sistema familiar global. Todo miembro de la familia desempeña un papel en la disfunción del miembro afectado, la terapia se orienta a ayudar a la familia a modificar sus pautas de funcionamiento. La terapia se dirige al miembro o miembros de la familia con más recursos, que poseen mayor potencial para modificar su propio funcionamiento. Cuando es posible modificar el sistema de relaciones familiares, se atenúa la disfunción alcohólica, incluso aunque el sujeto afectado no haya intervenido en la terapia (Bowen, 1989).

El alcoholismo ha sido siempre una de las disfunciones emocionales más difíciles de modificar sea cual sea el método terapéutico. Los miembros de la familia más dependientes del bebedor son más ansiosos que éste. Cuanto más amenazada se ve una familia, los familiares se vuelven más ansiosos, se hacen más críticos, mayor es el aislamiento emocional; más bebe el alcoholico, mayor la ansiedad, más intensas se hacen las críticas y la distancia emocional, más bebe, etcétera. Es una escalada emocional que empeora el problema y las partes se tornan rígidamente más intransigentes. Todo lo que pueda interrumpir la espiral en que entra la ansiedad será provechoso. Cualquier miembro importante de la familia que sea capaz de bajar la respuesta ansiosa o controlar la ansiedad propia, puede avanzar un paso hacia la detención e inversión de la escalada (Bowen, 1989).

El individuo alcohólico fluctúa en un estrecho margen entre excesiva proximidad y excesivo aislamiento emocional. Cuando está bebiendo se encuentra aislado emocionalmente. Con frecuencia una ligera reducción del aislamiento emocional puede detener la bebida. A menudo es posible entrenar a la familia a reestablecer un contacto emocional que tenga mas sentido con una familia parental (Souza y Machorro, 1988).

Hay ocasiones en que un esposo es alcohólico y ambos cónyuges están dispuestos a asistir a terapia, éstas son las familias que obtienen buenos resultados. Cuando uno de los esposos decide no asistir, los resultados no son tan satisfactorios (Bowen, 1989).

En el Jonson Institute de Miniápolis, se desarrolló una técnica de intervención adaptada para alcohólicos en la que se incluye a todos los miembros de la familia y a los miembros mas significativos del lugar de trabajo del paciente. La terapia familiar reduce la incidencia de abandono prematuro, actúa como medida preventiva para otros miembros de la familia, sirve como extensión de la “salud familiar” y crea cambios estructurales familiares que impiden el retorno de los dependientes tanto a las drogas como al alcohol (Aizpiri, 1996).

Para situar la terapia sistémica familiar en un contexto social, se han propuesto las siguientes pautas (Stanton y Tood, 1988):

- 1.- Se considera que las personas interactúan en un contexto, afectando y siendo afectadas por él.
- 2.- Para el diagnóstico y la definición de la estrategia terapéutica se consideran el ciclo vital de la familia y el estadio evolutivo en el que se encuentra
- 3.- El sistema mantiene el contexto y a su vez el contexto mantiene al sistema.
- 4.- La familia o la pareja puede cambiar, si se cambia el contexto general. Más aun cuando se cambia el modo de interacción del sistema se producen cambios individuales estables.

Al enfermar un alcohólico por el rechazo, enferman otros miembros de la familia. Por esto es de gran interés que la esposa o familiar más cercano participe en la discusión grupal.

Una vez que el alcohólico llega al fondo de su drama adictivo, la familia necesita también de ayuda y orientación terapéutica, sin el cual la recuperación del enfermo será poco menos que imposible (Amedirh, 2004).

Existe escasa literatura sobre el tratamiento de familiares de alcohólicos (Stanton y Tood, 1987).

Y sin embargo los tratamientos para la familia y para las (los) esposas (os) son el mas notable avance en la psicoterapia del alcoholismo (Morales, 2001).

Fue John Bell llamado “el padre de la terapia moderna”, quien en 1951, atendió a toda una familia completa y logró a través de esta acción, ver todo el panorama del problema (Sánchez, 2000). Pero es hasta 1956 que se empezaron a realizar intentos significativos para hacer participes a los miembros de la familia en el proceso de tratamiento para el alcoholismo (Steinglass, Bennet, Wolin y Reiss, 1987).

A finales de los setentas, en Estados Unidos se desarrollaron la mayor parte de los estudios e investigaciones dedicadas a las familias con uno o varios miembros toxico dependientes (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1995).

De 1975 a 1980 aparecen numerosos trabajos de terapeutas familiares con información que aclara que el joven toxicómano no depende solo de la droga, sino también de la familia en mayor medida que el resto de sus coetáneos. En dichos estudios existen importantes hipótesis sobre el papel que puede tener la familia en el origen y el mantenimiento de la toxico dependencia en un hijo, pero al mismo tiempo se avala como un recurso para su tratamiento (Cirillo et al., 1995).

Las familias con miembros alcohólicos son muy diferentes por lo que un solo enfoque de tratamiento no sería aplicable para todas ellas (Steinglass et al., 1987).

Las investigaciones sobre motivación han dejado al descubierto que el ofrecimiento de un mayor número de opciones con respecto a las aproximaciones para el cambio conductual está asociado con mejores resultados. Por tanto, es conveniente mostrar una gama con múltiples posibilidades de tratamientos (Morales, 2001).

Bajo el concepto de tratamiento se incluyen una amplia gama de actividades que difieren en especialistas, intensidad, duración y escenarios. Puede tratarse de una sesión única, o en ocasiones de tratamientos de períodos largos (Morales, 2001).

Algunos tratamientos para los familiares de alcohólicos son:

Modelo de Tratamiento para Familias con un Miembro Alcohólico denominado Cronología de la Vida Familiar.

Modelo de Tratamiento Basado en la Historia de Vida de la Familia.

Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas.

3.1 Modelo de Tratamiento para Familias con un Miembro Alcohólico denominado Cronología de la Vida Familiar.

Para Satir (1986, p. 101), el concepto más relevante en la psicoterapia es el de la maduración y es la base del modelo de psicoterapia que propone, entendida la maduración como “el estado en el cual un ser humano está por completo a cargo de sí mismo”. La psicoterapia familiar debería incorporar la psicoterapia conyugal para después ocuparse del papel parental de los cónyuges.

Con base en su experiencia como terapeuta familiar Satir desarrollo el Modelo de Tratamiento para Familias con un Miembro Alcohólico denominado Cronología de la Vida Familiar.

De acuerdo con este modelo, la secuencia básica de la cronología de la vida familiar representa un plan general flexible para la labor del terapeuta:

1.- Empieza con preguntas a la familia como un todo para conocer acerca del problema motivo de la consulta.

2.- Después trabaja primero con los cónyuges para averiguar que aspectos necesita atender primero. Preguntas como: cuándo decidieron casarse, cómo se conocieron, cómo fue que se escogieron como compañeros, qué vio él en ella y ella en él que le hicieron decir: “Es la mujer para mí”, etcétera.

3.- Mas tarde se ocupa con cada uno de los cónyuges acerca de cómo vivencio ella (o él) a sus hermanos y cómo fue su vida familiar. Pide que le relate cada uno los sucesos más importantes cronológicamente hasta el momento en que se conocieron y decidieron hacerse novios y cuestiona a la pareja qué esperaba ella o él del matrimonio.

4.- El terapeuta investiga cómo fue el principio de la vida matrimonial y realiza comentarios de la influencia del pasado. Al enfocar la situación de la pareja cuando aún no tenían hijos destaca la idea de que los cónyuges tienen una relación aparte del papel parental.

5.- El terapeuta pregunta a la pareja qué esperaban del hecho de ser padres de cada uno de sus hijos y destaca la influencia del pasado.

6.- En este paso de la secuencia incluye al hijo en la psicoterapia familiar investigando con él o ellos sus puntos de vista acerca de los padres; cómo los ve divertirse, tener desacuerdos, manejar su dolor o ira, etcétera.

7.- Por último, el terapeuta ve a la familia como un todo, enfatiza la necesidad de comunicarse con claridad notificándoles que no es peligroso comentar. Confía en que la familia estará dispuesta a cooperar pero no olvida que él es el que conduce el proceso de la psicoterapia.

Uno de los principales propósitos de investigar la Cronología de la Vida Familiar es cambiar sutilmente el foco de atención del paciente identificado (alcohólico) y dar relieve a la relación conyugal. Este modelo de tratamiento le otorga al terapeuta información respecto de cuan disfuncional es la relación conyugal y familiar (Satir, 1986).

El modelo terapéutico establecido por Satir incluye la definición de los conflictos de interacción, el mejoramiento de la comunicación, la comprensión de los problemas interpersonales y sus determinantes intrapsíquicos, la definición del problema en términos familiares mas que individuales así como el mejoramiento en la ejecución de los roles familiares (Velasco, 1988).

Las técnicas usadas en el proceso permiten reconceptualizar la conducta en términos de interacción personal así como el apoyo y estimulación para los nuevos patrones conductuales y de comunicación. En estas condiciones, la familia del alcohólico se considera como un grupo bajo tensión pero esta tensión se estima tiene sustento en la interacción alterada entre los miembros de la familia y sus problemas de relación y comunicación más que por la conducta alcohólica del bebedor. Lo que Satir propone es restaurar una mejor comunicación y considera al alcohólico como un miembro más de la familia (Velasco, 1988).

3.2 Modelo de Tratamiento Basado en la Historia de Vida de la Familia.

Un representante importante del planteamiento del sistema familiar de alcohólicos es Steinglass, éste centro su atención en el análisis de los patrones de interacción de los familiares de alcohólicos. Algunas de estas ideas fueron probadas en un programa

experimental diseñado para demostrar el valor de la influencia recíproca propuesta en un modelo de intervención (Collins, Kenneth, & Searles, 1990).

El modelo terapéutico de influencia recíproca propuesto por Steinglass, Bennet, Wolin y Reiss (1987), se fundamenta en la teoría general de sistemas aplicada al funcionamiento familiar. Con base en estos conceptos, las familias son sistemas operacionales que obedecen las leyes generales de todos los sistemas como factores que determinan una interacción particular entre los distintos elementos del sistema, en este caso, los familiares de un alcoholíco.

De acuerdo a esta perspectiva, el consumo de alcohol y la conducta alcoholíca se consideran en la forma y el grado en que afecta la vida de los demás miembros de la familia. La importancia que alcanza el alcohol, así como las consecuencias físicas, socioculturales y conductuales que provoca en la vida de la familia del alcoholíco, hace posible hablar de un sistema alcoholíco. En este sistema, la ausencia o presencia de la ingesta excesiva de alcohol es la variable que determina las relaciones entre el alcoholíco y los demás miembros de la familia y entre todos los miembros de la familia que no beben (Velasco, 1988).

El modelo de tratamiento basado en la Historia de la Vida Familiar (HVF), comparte aspectos con el tratamiento tradicional del alcoholismo (insiste en la suspensión de la ingesta de alcohol como primer paso en el tratamiento). La importancia de este modelo reside en el diagnóstico de una familia alcoholíca y una familia con un miembro alcoholíco, en las implicaciones de una perspectiva de desarrollo en el nivel de la familia, en la identificación de las metas del tratamiento y en el diseño del propio plan de éste. También es único al afirmar que al tratar a la familia alcoholíca es preciso “desintoxicar” a toda la familia y no solo a la persona alcoholíca (Steinglas, et al., 1987). En el diagnóstico de una familia alcoholíca y una familia con un miembro alcoholíco, se llega a definir que en una familia alcoholíca el alcoholismo y las conductas vinculadas con el alcohol se han convertido en principios organizadores centrales para la vida de la familia, en tanto que una familia con un miembro alcoholíco se mantiene intacta a lo largo de su vida (no hay divorcios ni separaciones), son económicamente estables, evita los tipos de violencia mas espectaculares y devastadores, y no padece niveles de ansiedad y depresión mas altos que los de la población en general. El modelo HVF formula las hipótesis que una familia alcoholíca encara tareas muy diferentes dependiendo de la fase de desarrollo en la que se encuentra. Como resultado de esta valoración, tanto el momento del pedido de tratamiento como el tipo de presentación clínica variaran de una familia alcoholíca a otra.

Este modelo de terapia familiar fue desarrollado sobre la base de mas de 10 años de investigaciones de una serie de proyectos en los que se incluyeron entrevistas y nueve observaciones directas en los hogares de 31 familias con miembros alcoholícos, durante un periodo de seis meses. Cada visita directa a los hogares fue de cuatro horas, mas de 35 horas por cada familia estudiada (Steinglas, et al., 1987).

Se utilizo el método de Evaluación de Observación de Hogares (MEOH). El enfoque central recayó en los aspectos mensurables de la conducta que luego fueron sometidos a análisis estadísticos formales.

La muestra de investigación de este estudio estuvo dividida así:

- 14 familias estables secas (la bebida había cesado y la sobriedad era la situación alcohólica estable y fundamental de la familia).
- 10 familias estables mojadas (con embriaguez constante en los últimos seis meses del estudio).
- 7 familias alternadoras (con tendencia a seguir una pauta alternativa de periodos de bebida y de abstinencia).

El reclutamiento fue la asistencia voluntaria al estudio en respuesta a anuncios de periódicos, de radio y televisión y si bien no fueron reclutados por medio de una técnica de muestreo de probabilidad, fueron lo bastante heterogéneos en sus características demográficas y clínicas para sugerir que no había un prejuicio evidente en la selección de la muestra (Steinglas, et al., 1987).

Los descubrimientos de este estudio sugieren que si el alcoholismo tuvo un efecto tensionante sobre las familias, solo el cónyuge no alcohólico experimentó esa tensión y tuvo conciencia de haber desarrollado una franca sintomatología psiquiátrica. Además se demostró que algunos cónyuges no alcohólicos aparte de ser muy sintomáticos informaron acerca de importantes problemas socio conductuales (riñas físicas, amistades perdidas, arrestos por conducir en estado de embriaguez, dificultades en el trabajo y pleitos maritales) como consecuencia de la lucha crónica de la familia contra el alcoholismo. Sin embargo no todos los cónyuges no alcohólicos experimentan estos problemas (Steinglas, et al., 1987).

Con base en el trabajo anterior Steinglass describió un intensivo programa de tratamiento basado en la Historia de Vida de la Familia, administrado en seis semanas a una muestra de diez parejas. El programa estuvo dividido en tres fases (Collins., Kenneth & Searles, 1990).

La primera fase duró dos semanas durante las cuales las parejas tuvieron reuniones grupales con tres sesiones por semana. La segunda fase incluyó diez días de hospitalización conjunta durante las cuales las parejas tuvieron acceso al alcohol y el tratamiento se centró en el cambio de los patrones de interacción. En la tercera fase, las últimas tres semanas, los pacientes participaron, dos veces por semana, como pacientes externos en grupos de terapia. Las reuniones de grupo también fueron conducidas durante seis semanas en los seis meses siguientes.

Se analizó lo sucedido en cuatro áreas generales: la conducta individual del bebedor, los síntomas psiquiátricos, el funcionamiento social y las relaciones maritales.

Los resultados de los ocho alcohólicos que permanecieron en el tratamiento revelaron un moderado decremento en la ingestión de bebida y fue la única variable que pudo ser diferenciada de los alcohólicos y sus esposas no alcohólicas. Este descubrimiento fue citado como apoyo para la hipótesis de que la patología relacionada con el abuso del alcohol se manifiesta tanto en el alcohólico identificado como en otros miembros de la familia no alcohólicos (Collins., Kenneth & Searles, 1990).

Es interesante como una reducción en el consumo de bebida por el alcohólico está asociada con la reducción de los síntomas psiquiátricos de sus parejas no alcohólicas. El

programa tuvo mayor efectividad en el cambio de la interacción marital (Collins, Kenneth & Searles, 1990).

Como conclusión de este trabajo de investigación, Steinglass (citado en Collins et al., 1990) señaló que.:

- 1.- la terapia familiar es efectiva para motivar a los alcohólicos a entrar en tratamiento.
- 2.- cuando los alcohólicos se rehabilitan y reciben además terapia de pareja, logran más la abstinencia que aquellos que no la reciben (58 por ciento contra 15 por ciento).
- 3.- En un seguimiento de 12 meses observó que los alcohólicos cuyas familias estuvieron en tratamiento fueron significativamente más abstinentes que los que no tuvieron el apoyo familiar (61 por ciento contra 21 por ciento).

No obstante, Steinglass concluyó que el programa podría necesitar un tiempo más largo para que los cambios en la interacción puedan ser sólidos (Collins., Kenneth & Searles, 1990) .

Según Steinglass es posible identificar cuatro etapas características en un tratamiento para el alcoholismo basado en la afectación mutua (Steinglas, et al., 1987).

ETAPA I.- Diagnostico del alcoholismo y su definición como problema de familia. Esta es una etapa de evaluación y en esta se determina si se trata de una familia alcohólica o una familia con un miembro alcohólico, si el alcohólico representa la prioridad del tratamiento, si es adecuada la terapia de familia en ese momento y si la familia está dispuesta a elaborar un contrato de tratamiento aceptable.

ETAPA II.- Eliminar el alcohol del sistema familiar. Es importante en esta etapa que el terapeuta y la familia se concentren en el objetivo y no se dejen desviar por otros problemas, aunque estos sean urgentes de resolver.

ETAPA III.- El desierto emocional.- Esta es una etapa de intensa tristeza y ansiedad (disforia) para todos los miembros de la familia, no solo para el bebedor alcohólico que ha dejado de beber. Cuando la conducta de embriaguez ha dejado de existir, la mayoría de las familias sienten que han quedado al garete sin sus amarraderas familiares. En lugar de experimentar una sensación de júbilo porque se ha dejado de beber, los familiares tienen una profunda sensación de vacío.

ETAPA IV.- Reestabilización de la familia y organización de ésta. Las presiones para volver al antiguo modo de vida serán intensas. Es necesario ayudar a la familia a tolerar esta etapa y recobrar un sentimiento de estabilidad. Esta fase final, es una fase de resolución. Se ha roto el ciclo sobriedad-embriaguez y se ha alcanzado un nuevo plano homeostático. La familia logra llegar a pautas de organización diferentes. A menudo cuando el objetivo es la reorganización de la familia, esta cuarta etapa tiende a ser de terapia marital no de familia.

No todas las familias logran terminar todo el proceso de cuatro etapas, pero le corresponde al terapeuta estructurar el curso de la terapia teniendo en cuenta la secuencia descrita.

Por lo general, las etapas I y II se realizan en seis sesiones; las etapas III y IV se pueden extender por varios meses (Steinglas, et al., 1987).

3.3 Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas.

Los alcohólicos rara vez beben en compañía de sus esposas, sin embargo, la mujer no participa del consumo pero si padece las consecuencias (Medina Mora, 1998).

En México, a diferencia de Zambia, Escocia y Estados Unidos, son más los varones que hablan con sus esposas y familiares sobre sus problemas con el alcohol, lo que resalta el papel prioritario que puede tener la familia en los programas de intervención (Medina Mora, 1998).

Cuando el consumo de alcohol o algún otro tipo de droga puede ser definido como “dependencia”, “adicción”, “alcoholismo”, etcétera, los miembros de la familia pueden ser seriamente afectados. Los familiares de alcohólicos y/o adictos reportan con frecuencia ansiedad, culpa, nerviosismo y síntomas somáticos como dolor de cabeza, úlceras, colitis y otras enfermedades relacionadas con el estrés (Orford, Natera, Casco, Nava y Ollinger, 1993).

Cuando se presenta el abuso de alcohol o droga, la familia puede reconocer el problema, no así el adicto. La mayoría de las personas encargadas de la responsabilidad de enfrentar el consumo excesivo de alcohol y drogas en sus familias, son las mujeres. El consumo de alcohol es más difícil de reconocer como dependencia con consecuencias graves por el usuario y su familia en parte por ser tolerado socialmente y en parte porque la familia no sabe cuando y donde acudir para pedir ayuda (Natera, 2003).

Las razones por las cuales las familias no siempre unen esfuerzos para responder al consumo de alcohol y drogas son complejas. En ocasiones se dan conflictos de lealtades, en otras, algunos familiares que estarían en posición de apoyar, parecen no darse cuenta cabal del impacto del problema. También sucede, a veces, que un miembro de la familia considera que otro está involucrado en exceso y que con su reacción contribuye a agravar el problema, o que alguno otro tenga una mala relación con otro u otros miembros de la casa, lo que les impide constituir un frente unido. En estos casos, la familia se limita a encerrarse y platicar el problema entre sí sin buscar ayuda externa. Por esto los conflictos se dan entre la familia con mayor frecuencia (Natera, 2003)

En algunos casos, además del consumidor identificado hay otro u otros integrantes de la familia que también beben en exceso o ingieren drogas, esto agrava el problema y como no tienen esperanza de que alguien de fuera les pueda ayudar (porque tampoco saben quien pueda hacerlo), se crea un fuerte sentimiento de desesperanza y conviven con el alcoholismo durante mucho tiempo. La búsqueda de ayuda es más rápida para drogas que para el alcohol (Natera, Tiburcio y Mora, 2004).

Como beber alcohol es una conducta que se tolera y acepta más socialmente, el alcohólico y sus familiares solo acuden a tratamiento cuando el problema ya es muy grave. En muchas ocasiones esto equivale a un período aproximado de diez años o más (Natera, Tiburcio y Mora, 2004).

En la primavera de 1989, de febrero a mayo, en la Cd. de México se realizó un estudio piloto relativo a las formas en que las familias utilizan para enfrentar o reaccionar al consumo de alcohol. En éste participaron 10 familias, cinco tenían un miembro

con problemas por el consumo de alcohol o drogas y cinco no tenían el problema (Natera, G. y Tiburcio M., 2003).

El trabajo de investigación tuvo como base dos razones importantes para centrar el estudio en los miembros de la familia. La primera consiste en la suposición fundamentada teóricamente y en investigación empírica de que cuando el uso del alcohol es frecuentemente excesivo, la salud y el bienestar de las familiares y amigos cercanos al consumidor, están en riesgo. La segunda razón se basa en la creencia de que la forma en que los familiares enfrentan el consumo excesivo de alcohol tiene una gran influencia para determinar si en el futuro la ingestión disminuirá, permanecerá igual o aumentará, y puede ser un recurso importante para la prevención y solución del problema (Natera, Tiburcio y Mora, 2004).

De acuerdo a este estudio el 70 por ciento de las familias no acuden a pedir ayuda ni orientación y cuando lo hacen piden ayuda para el alcohólico o el adicto, no para ellos. Esto sucede porque: (a) los familiares piensan que no pueden ser ayudados si el consumidor no quiere asistir a tratamiento; (b) porque sus malestares no lo han asociando con el uso y abuso de alcohol y drogas del familiar; (c) por miedo, vergüenza o culpa de no “aguantar como madre o esposa; (d) porque el usuario los convence de que su forma de consumir es normal y (e) tal vez la más importante, porque no saben a donde acudir (Natera, Tiburcio y Mora, 2004).

Con base en los resultados de esta investigación, se desarrollo un modelo de intervención dirigido a propiciar que los familiares identifiquen y reflexionen respecto a su reacción frente a este problema y a las consecuencias de su conducta para que logren identificar formas más efectivas de acción que ayuden a reducir su tensión.

La técnica tiene como objetivos: analizar con los familiares como han enfrentado el problema y ayudarles a reconocer las ventajas de uno y otro modo de enfrentarlo e impulsar a la familia para que busque los apoyos necesarios a fin de resolver el problema.

La intervención consta de 5 pasos (Natera, Tiburcio y Mora, 2004).

- 1°.- Investigar las percepciones y sucesos mas importantes respecto a como afecta a la familia el consumo de alcohol.
- 2°.- Brindar información objetiva e importante sobre el alcoholismo.
- 3°.- Reconocer los ocho mecanismos naturales de enfrentar el consumo de alcohol, y Analizar las ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Aclarar que hay respuestas mas efectivas para su caso.
- 4°.- Indagar acerca de los apoyos obtenidos y proponer otros.
- 5°.- Canalizar a otras fuentes de ayuda especializada, en el caso de ser necesario (Natera, Tiburcio y Mora, 2004).

Natera, Tiburcio y Mora (2004), proponen una estrategia medular de intervención basada en un concepto teórico denominado mecanismos de enfrentamiento (coping). Esta propuesta sugiere que las personas que conviven habitualmente con alcohólicos están expuestas a experiencias penosas que se expresan con síntomas psicológicos y físicos. Al conjunto de respuestas naturales a la tensión que se produce al convivir con consumidores de alcohol y otras drogas, se conoce como mecanismos de enfrentamiento.

Los mecanismos de enfrentamiento del consumo abusivo de alcohol son ocho y son los siguientes (Natera, Tiburcio y Mora, 2004):

- 1.- de respuesta emocional.
- 2.- de enfrentamiento evitador.
- 3.- de enfrentamiento inactivo.
- 4.- de respuesta tolerante
- 5.- de respuesta controlador.
- 6.- de respuesta confrontador.
- 7.- de enfrentamiento independiente y
- 8.- de respuesta apoyador.

Cuando se analizan estos mecanismos se pueden identificar las ventajas y desventajas de su uso y hacer una descripción de cada uno de ellos (Natera, Tiburcio y Mora, 2004).

Mecanismo de Respuesta Emocional.	
Se inician discusiones por el consumo de alcohol y/o droga; se lanzan amenazas que no se van a cumplir y se acusa al usuario étlico o drogas de no amar a la familia o de decepcionarla.	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ El familiar puede sentir que actúa con naturalidad y expresa lo que realmente siente; podría aliviar la tensión emocional del familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede no ser eficaz para lograr cambios en la conducta del alcohólico y solo servir para molestarlo; ❖ puede perturbar a otros miembros de la familia; ❖ puede crearles culpa y hacerlos sentir que también ellos mismos son parte del problema.

Mecanismo de Enfrentamiento Evitador.	
Deliberadamente ser frío y distante con el alcohólico, evitarlo lo mas frecuentemente y actuar como si éste no existiera.	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede ayudar a los familiares a sentir menos tensión y los hace creer que tienen control sobre la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede hacer sentir al usuario mas aislado y provocar mayor consumo de substancias. ❖ Puede contribuir a que los familiares sientan la falta de unión familiar.

Mecanismo de Enfrentamiento Inactivo

Se acepta la situación como parte de la vida que no se puede cambiar; se muestra indiferencia, ausencia o desesperanza y no se intenta hacer cualquier cosa.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede ser una forma de enfrentamiento más realista que otras y ayudar a los familiares a ser independientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede hacer sentir a los familiares que no hacen nada para cambiar la situación y generarles descontento.

Mecanismo de Respuesta Tolerante

Dar dinero al consumidor a sabiendas que lo gastara en adquirir y consumir sustancias; disculpar y encubrir al usuario aparentando que todo esta bien cuando no es así.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede ayudar a crear un ambiente familiar menos tenso y sin conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los familiares pueden sentir que están contribuyendo a mantener el consumo excesivo y que el adicto abusa de ellos.

Mecanismo de Respuesta Controlador

El familiar o toda la familia vigilan la conducta del usuario; lo obligan a hacer juramentos y a cumplirlos; lo esperan hasta que llegue; amenazan, quitan, esconden y tiran el alcohol o la droga.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ El familiar puede sentir que está haciendo algo por el consumidor. ❖ Ayuda al familiar a tener esperanzas de que el usuario cambie. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Limita la vida de los familiares y no pueden desarrollar sus propios intereses. ❖ Ejercer control les provoca tensión. ❖ Hay frustración cuando no se producen los resultados esperados. ❖ Genera mayor conflicto al usuario al sentirse controlado.

Mecanismo de Respuesta Confrontador

Acercarse al usuario y enfrentarlo con su problema; ayudarlo a fijar metas para lograr un cambio y acompañarlo a sus terapias.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es un mecanismo de enfrentamiento mas eficaz que el tratar de controlar al usuario o afrontar el conflicto en forma mas agresiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El consumidor no siempre cumple con las metas que se fija y el familiar puede sentir que corre el riesgo de perderlo o alejarlo de la familia.

Mecanismo de Enfrentamiento Independiente

Esforzarse por mantener las rutinas familiares (comidas y otras actividades) compartidas; realizar sus actividades dentro y fuera de la casa sin esperar que el usuario otorgue el permiso y desarrollar nuevos intereses personales.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puede liberar a los familiares de la constante preocupación por cambiar al alcohólico y ayudarlos a manejar el estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los familiares pueden sentir que no hacen todo lo posible por ayudar al alcohólico a cambiar, que lo están rechazando o excluyendo de la familia.

Mecanismo de Respuesta Apoyador

El familiar alienta al usuario, lo alienta a realizar actividades que no se relacionan con el consumo de alcohol; lo apoya en el tratamiento; lo integra a la familia y le da consejos y comprensión.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es más eficaz que los intentos directos de cambiar la situación y los familiares sienten que aceptan al usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A veces el usuario no responde como se desea y se necesita estar muy alerta para no ser sobre protector y muy tolerante, pues esto perjudica al bebedor mas que apoyarlo.

Una vez determinadas las ocho formas de enfrentar el consumo de alcohol y/o drogas se desarrollo otro estudio piloto para evaluar la técnica de intervención (Tiburcio y Natera , 2003).

En el estudio se aplicaron los cinco pasos del modelo, se compararon las ocho formas del enfrentamiento, y se registró la presencia de sintomatología física y psicológica, antes y tres meses después de la intervención.

En este trabajo participaron 28 familiares de usuarios de alcohol y otras drogas a los que se contactó en tres centros: uno de atención psicológica, otro comunitario y un centro especializado en el tratamiento de las adicciones.

El análisis de datos toma en cuenta a los casos que completaron los cinco pasos de la intervención. Los resultados mostraron que los informes sobre la frecuencia en el uso de las formas de enfrentamiento, de tolerancia y de involucramiento se redujeron. Así mismo se observó un incremento en el empleo de algunas formas de enfrentamiento relacionadas con el retiro, lo que en estudios previos se había identificado como un rasgo saludable (Tiburcio y Natera, 2003).

Los hallazgos muestran también una disminución en la frecuencia en que los participantes experimentaron síntomas físicos y psicológicos. En cuanto a la satisfacción respecto a la orientación recibida, los participantes indicaron que fue de mucha utilidad y que habían experimentado cambios tanto en su vida como en su relación con el alcohólico a partir de que recibieron dicha orientación (Tiburcio y Natera, 2003).

Los resultados indican que hubo una reducción de los síntomas expresados por los familiares y también cambios en las formas de enfrentamiento. Por esta razón, el modelo de intervención representa una alternativa viable para el abordaje de los problemas que se originan al vivir con un usuario de alcohol o de drogas.

Una limitación del estudio es el número de casos, lo que puede tener efecto sobre la validez de los resultados (Tiburcio y Natera, 2003).

Dado que no siempre se logra que el alcohólico acuda a tratamiento, se proporciona ayuda a la familia a través de la Terapia Breve para enfrentar los problemas que le crea la adicción de alguno de sus miembros (Centro de Ayuda al Alcohólico y su familia, 2003).

Algunos de los centros de ayuda para alcohólicos y su familia son:

El Centro de Ayuda al Alcohólico y su familia (CAAF) es una institución que lleva trabajando aproximadamente 24 años en contra del alcoholismo y los problemas que genera.

Otra institución que brinda ayuda a los familiares de alcohólicos son los Centros de Integración Juvenil, A.C. los cuales cuentan con el programa de Atención Curativa que apoya al usuario de sustancias tóxicas y a su familia, en la resolución de su enfermedad (Los Centros de Integración Juvenil, A.C.).

Otro centro de apoyo que brinda atención a los familiares de alcohólicos es el Centro Acasulco que depende de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta institución orienta a los familiares acerca de: la manera de hablar con el familiar consumidor; quiénes pueden hablar; en qué momento hablar; cómo prepararse para hablar con el familiar y; qué decir al familiar afectado por el consumo abusivo de alcohol (Modelo de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y drogas, 2005)

¿Cómo hablar con el familiar?

Hable respetando la dignidad del alcohólico sin recriminaciones ni ofensas, pero decididamente y con seguridad.

¿Quiénes pueden hablar?

Las personas afectivamente más cercanas al alcohólico: (esposa, padres, hijos mayores de edad, hermanos y personas que representan autoridad y que son respetados por el familiar.

¿En qué momento hablar con el consumidor?

Cuando no esté alcoholizado o no esté bebiendo.

Es efectivo hablar un día después de un consumo excesivo (Cuando tiene los efectos de la cruda). A solas con el alcohólico, cuando no estén presentes amigos o personas ajenas a la familia. Es necesario respetar la dignidad del consumidor.

¿Cómo prepararse para hablar con el consumidor?

Reúnase la mayor parte de la familia y comenten de qué manera están interesados en el bienestar de la persona que consume.

Pregúntense ¿Cómo les afecta el consumo de étílico por parte del alcohólico y qué podrían hacer para ayudarlo?.

No se culpen mutuamente, simplemente expresen sus sentimientos, pensamientos y sugieran qué podrían hacer para solucionar el problema.

Infórmense sobre el alcohol y el alcoholismo y sus consecuencias del consumo excesivo.

Asistan a algún servicio de orientación para familiares de alcohólicos.

¿Qué decir al alcohólico?

Hable directamente con él del problema que representa su consumo excesivo de alcohol.

Inicie el diálogo diciendo: “Necesito hablar de un asunto muy importante contigo. Todos estamos preocupados por tu salud y a todos nos afecta la forma en que consumes.....

Cuestiónelo sobre las consecuencias negativas de su consumo y promueva que él las enliste y se sienta escuchado y aceptado. No interrumpa su disertación.

Si se queda callado, pregúntele sobre los beneficios que obtendría si dejara el consumo. Por ejemplo ¿Has pensado que bueno sería para todos si dejaras de gastar el dinero que usas cuando bebes?, ¿No crees que te sentirías mejor sin beber alcohol?.

Háblele de la importancia de un ambiente familiar sano.

No recuerde sucesos del pasado o resentimientos familiares.

Comente lo importante que sería verlo sobrio, contento y sano.

Dígale que está dispuesto a apoyarlo si él lo desea.

Coménteles de las opciones de tratamiento y de que muchas son gratuitas (Modelo de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y drogas, 2005)

A pesar de que la terapia familiar para el alcoholismo en sus diferentes enfoques y modelos necesitan alcanzar su plena maduración y necesitan ser seriamente evaluados y probados con amplitud en marcos clínicos, todos los modelos y enfoques que se han estudiado han sido eficaces; ninguno ha ocupado una posición dominante en este campo.

Pero el modelo dominante en la práctica clínica está muy influido por la filosofía AA/Al-Anon (Alcohólicos Anónimos/Al-Anon), de “tratamiento por separado pero igual” (Steinglas, 1987).

Aunque en este capítulo solo se revisaron tres modelos de terapia familiar con miembros alcohólicos, el problema crece y para abatirlo es necesario desarrollar más modelos y aplicarlos a través de instituciones de medicina familiar y en terapia familiar profesional como una medida que coadyuve a la prevención y tratamiento de este grave problema de salud.

En el siguiente capítulo se exponen los Grupos de Familia Al-Anon como una alternativa de tratamiento para familiares y amigos de alcohólicos.

Capítulo 4 Los Grupos de Familia Al-Anon Como una Alternativa de Tratamiento Para Familiares y Amigos de Alcohólicos.

4.1 Qué son los Grupos de Familia Al-Anon. (Historia y definición).

Los grupos de familia Al-Anon son una confraternidad constituida por los familiares y amigos de los alcohólicos que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza con el fin de enfrentar un problema común, la convivencia con un alcohólico (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. , 1966).

Los grupos de familia Al-Anon empezaron a operar a principios de 1935 cuando los familiares de los alcohólicos les acompañaban a reuniones de Alcohólicos Anónimos. Así pues, Al- Anon se originó en Alcohólicos Anónimos. Estos familiares pronto comprendieron que ellos también podían usar los mismos principios de que se valían los alcohólicos para alcanzar la sobriedad, pues ellos también necesitaban ayuda para sobrellevar su parte en el problema del alcoholismo.

Los familiares compartían mutuamente la ayuda personal que recibían a medida que ellos mismos procuraban regir su vida aplicando los doce pasos de Alcohólicos Anónimos, esto les ayudaba mejorando las relaciones familiares, que a menudo permanecían tensas incluso después de que el alcohólico se había hecho sobrio.

Los familiares de los alcohólicos anónimos empezaron a darse cuenta que necesitaban cambiar sus pensamientos, acciones y actitudes y aprendieron que aplicando los principios de Alcohólicos Anónimos en todos sus asuntos podían hacerlo. Pero lo más importante fue trabajar unidos en los grupos, procurando ganar una profunda comprensión acerca de la enfermedad del alcoholismo y sus efectos.

En 1951 Al-Anon adoptó los doce pasos de Alcohólicos Anónimos debido al éxito que estos habían tenido. Los doce pasos esbozan un medio de vida que ayuda a los miembros a encontrar satisfacción y hasta felicidad ya sea que el alcohólico siga bebiendo o no. En ese mismo año, los grupos de familia adoptaron el nombre de Grupos de Familia Al-Anon y con el permiso de Alcohólicos Anónimos adaptaron los Doce Pasos y luego las Doce Tradiciones como los principios para guiarse. Ya en ese año los grupos se habían extendido a través de Estados Unidos, Canadá, Australia, Sudáfrica e Irlanda y se abrió una oficina para brindar servicios a estos grupos.

A fin de manejar los asuntos financieros de esta organización en forma eficiente, en 1954 se creó la sede de los Grupos de Familia Al-Anon como una organización sin fines de lucro la que se denominó "The Al-Anon Family Group Headquarters. Inc." Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. 1966).

En 1957, un adolescente, hijo de padres miembros de Alcohólicos Anónimos y Al-Anon inició las reuniones con jóvenes de su misma edad y de esta manera nació el primer grupo de Alateen para los hijos de alcohólicos.

La primera Conferencia de Servicio Mundial de Al-Anon se celebró en 1961, actualmente la Conferencia se celebra anualmente en Nueva York.

En 1970 se instituyeron los Doce Conceptos de Servicio, que explica la estructura de Al-Anon.

Esto completo los tres legados de Al-Anon que son:

Recuperación-----Los Doce Pasos
 Unidad-----Las Doce Tradiciones
 Servicio-----Los Doce Conceptos

En febrero de 1978, se estableció el Comité de Coordinación Internacional para mantener la comunicación y la unidad a escala mundial con más de 82 países de los cuales en 29 se han establecido oficinas nacionales.

Actualmente la oficina sede de Al-Anon es conocida como la Oficina de Servicio Mundial (OSM) se ocupa de más de 24 000 Grupos de Familia Al-Anon y de alrededor de 2 300 grupos de Alateen en 115 países del mundo y se realizan miles de reuniones en diferentes idiomas (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 2005).

En México existen aproximadamente 2 653 Grupos de Familia Al-Anon y 386 grupos de Alateen para hijos de alcohólicos de entre 12 y 18 años, de los cuales 342 Grupos de Familia Al-Anon y 38 grupos de Alateen se ubican en el Distrito Federal (Central Mexicana de Servicios Generales Al-Anon 2005).

La historia de Al-Anon se caracteriza por un crecimiento uniforme y constante. Actualmente ha impreso 11 libros, mas de 60 folletos y diversas publicaciones de literatura aprobada por la Conferencia, muchas de las cuales están impresas en 30 idiomas.

4.2 Qué es el programa de 12 Pasos, 12 Tradiciones, 12 Conceptos de Servicio y los Lemas de Al-Anon.

Los Doce Pasos de Al-Anon

Después de haber derrochado mucha energía tratando de que el alcohólico dejara de beber o de controlar sus acciones, los familiares descubren en Al-Anon que no están solos y que pueden tener una vida distinta si practican los doce pasos.

Los doce pasos de Al-Anon están redactados en tiempo pasado porque es el eco de la experiencia de las personas que utilizaron este camino de recuperación antes de ahora (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1995).

Los enunciados de los Doce Pasos del programa de Al-Anon son (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1973):

Primer Paso: Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable. La palabra clave en este paso es admitir. Admitir que se es impotente ante el compulsivo beber del familiar alcohólico y reconocer que no pueden controlar la vida de los demás. Es necesario aceptar que nadie puede ayudar al alcohólico si él no lo desea.

Segundo Paso: Llegamos a creer que un poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio. Al principio hay tendencia a culpar al alcohólico por todo lo que anda mal en la familia. La preocupación sobre los problemas de la familia tratando de controlar las acciones del alcohólico tornan la vida ingobernable. el familiar que trata de controlar el alcohol y al alcohólico se trastorna, se muestra nervioso y no puede cumplir con sus obligaciones es decir pierde la capacidad para pensar con cordura.

Tercer Paso: Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de él. No es necesario creer en el “Poder Superior” como Dios, este paso se puede interpretar como que no se tienen todas las respuestas y que otras personas pueden ayudar.

Cuarto Paso: Sin temor hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia. Al hacer un autoexamen es necesario hacer una lista de virtudes y defectos propios

Quinto Paso: Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas. Después de hacer el cuarto paso, muchas personas reconocen haber realizado actos de los cuales están arrepentidas o avergonzadas, puede que lo que hicieron nadie lo conoce, pero ellas saben que para no seguir cometiendo estos actos reprobables es necesario admitirlos. Al hablar con otra persona y confesar las flaquezas ayuda a eliminar el sentimiento de culpa.

Sexto Paso: Estuvimos enteramente dispuesto a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter. Cuando se tiene un verdadero deseo de cambiar, entonces se está listo para eliminar los defectos personales uno por uno.

Séptimo Paso: Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas. En este paso lo más importante es pedir ayuda para eliminar las culpas.

Octavo Paso: Hicimos una lista de las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos. En este paso es necesario anotar los nombres, relación o parentesco y el daño causado, así como comprometerse a no repetirlo.

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 mas daño, o perjudicado a un tercero. Hacer una lista de las personas a las que se ha perjudicado no lo es todo, es necesario reparar el daño en la medida de lo posible.

Décimo Paso: Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas. Admitir espontáneamente las faltas cometidas y reparar el daño si fuera necesario evita sufrimiento a las personas ofendidas.

Undécimo Paso: Mediante la oración y la meditación tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro entendimiento de él y le pedimos tan solo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla. La oración no es necesariamente hablar con Dios, puede ser también un pensamiento positivo o una buena acción.

Duodécimo Paso: Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas

nuestras acciones. Compartir el programa de los doce pasos con otras persona se llama “hacer el Paso Doce”.

Las Doce Tradiciones de Al-Anon

Los enunciados de las tradiciones de Al-Anon (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1993), son las siguientes:

Primera Tradición: Nuestro bienestar común debiera tener la preferencia, el progreso individual del mayor número depende de la unión.

Segunda Tradición: Existe solo 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 solo fieles servidores y no gobiernan.

Tercera Tradición: Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para prestarse mutua ayuda, pueden llamarse un grupo de familia Al-Anon siempre que como grupo no tengan otra afiliación. El único requisito para ser miembro es tener un familiar o amigo con un problema de alcoholismo.

Cuarta Tradición: Cada grupo debiera ser autónomo excepto en asuntos que afecten a otros grupos, o a Al-Anon o a Alcohólicos Anónimos en su totalidad.

Quinta Tradición: Cada grupo de familia Al-Anon persigue un solo propósito: prestar ayuda a los familiares de los alcohólicos. Logramos esto practicando los doce pasos de Alcohólicos Anónimos nosotros mismos, comprendiendo y estimulando a nuestros propios familiares aquejados por el alcoholismo y dando la bienvenida y brindando alivio a los familiares de alcohólicos.

Sexta Tradición: Nuestros grupos, como tales, jamás debieran apoyar, financiar, ni prestar su nombre a ninguna empresa extraña, para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro objetivo espiritual que es el primordial. Aun siendo una entidad separada, debiéramos cooperar siempre con Alcohólicos Anónimos.

Séptima Tradición: Cada grupo ha de ser económicamente autosuficiente y, por lo tanto, debe rehusar contribuciones externas.

Octava Tradición: Las actividades preescritas por el duodécimo paso de Al-Anon nunca debieran tener carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden contratar empleados especializados.

Novena Tradición: Nuestros grupos, como tales, nunca debieran organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones, directamente responsables ante las personas a quienes sirven.

Décima Tradición: Los grupos de familia Al-Anon no deben emitir opiniones acerca de asuntos ajenos a sus actividades. Por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

Undécima Tradición: 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 gran esmero el anonimato de todos los miembros de Alcohólicos Anónimos.

Duodécima Tradición: El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones y siempre nos recuerda que debemos anteponer los principios a las personas.

Los Doce Conceptos de Servicio de Al-Anon

Los enunciados de los conceptos de Al-Anon (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1993), son:

Primer Concepto: La responsabilidad y autoridad fundamentales de los servicios mundiales de Al-Anon corresponde a los grupos de Al-Anon.

Segundo Concepto: Los Grupos de Familia Al-Anon han delegado por entero la autoridad administrativa y de funcionamiento a su Conferencia y a sus ramas de servicio.

Tercer Concepto: El derecho de decisión hace posible el liderazgo eficaz.

Cuarto Concepto: La participación, es la clave de la armonía.

Quinto Concepto: Los derechos de apelación y petición protegen a las minorías y garantizan que estas serán escuchadas.

Sexto Concepto: La Conferencia reconoce la responsabilidad administrativa primordial de los Administradores (custodios).

Séptimo Concepto: Los Administradores (custodios) tienen derechos legales, mientras los derechos de la Conferencia son tradicionales.

Octavo Concepto: La Junta de Administradores (custodios) delega total autoridad a sus comités ejecutivos para la administración de rutina de la sede de Al-Anon.

Noveno Concepto: Un buen liderazgo personal es una necesidad a todos los niveles de servicio. En el campo del servicio mundial la Junta de Administradores (custodios) asume la dirección principal.

Décimo Concepto: La responsabilidad de servicio esta equilibrada por una autoridad de servicio definida cuidadosamente para evitar la doble dirección administrativa.

Undécimo Concepto: La Oficina De Servicio Mundial esta compuesta de comités permanentes, ejecutivos y miembros del personal.

Duodécimo Concepto: Las Garantías Generales De La Conferencia contienen la base espiritual del servicio mundial de Al-Anon, artículo 12 de la carta.

Los Lemas de Al-Anon.

Los lemas de Al-Anon son fáciles de aprender y recordar y es su simpleza lo que los hace tan poderosos. Son recordatorios amables de que quizá las circunstancias no sean tan desesperadas como parecen (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1995).

Para los recién llegados a Al- Anon o para las personas demasiado abrumadas por las circunstancias, el recordar un simple lema puede colocar toda la situación en su justa perspectiva. Al afrontar una situación confusa o perturbadora, estos dichos simples pero profundos pueden aclarar las ideas (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1994).

Los lemas de Al-Anon son los siguientes (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1989):

“UN DÍA A LA VEZ”

Por ejemplo cuando los temores sobre el futuro dificultan la capacidad de tomar una decisión urgente se puede aplicar el lema “Un día a la vez”. Al concentrarse en ese día solamente se puede actuar sin temor.

No se puede predecir el futuro, porque no está al alcance hoy, pero al aprovechar al máximo este día, nos preparamos para poder afrontar lo que traiga el mañana.

“PRIMERO LAS COSAS MÁS IMPORTANTES

Se puede usar este lema cuando se está ante un problema complejo, aparentemente abrumador.

Hay muchas cosas que se considera necesario hacer, pero si se reflexiona un poco se llegará a comprender que la integridad personal es lo más importante y entonces se puede dedicar tiempo y esfuerzo para conseguirla. Una vez obtenida, el bienestar de la familia resultará como consecuencia.

Este lema ayuda a tomar decisiones prácticas ya que antes de reaccionar se puede considerar cuál de las necesidades son más importantes en ese momento.

“QUE EMPIECE POR MÍ”

El programa de Al-Anon ayuda a sus miembros a no concentrarse tan intensamente en lo que dicen, hacen y sienten los que los rodean, y en su lugar concentrarse en ellos mismos. Los conduce a aceptar la responsabilidad de sus propias acciones, independientemente del comportamiento de otros.

“¿CUÁN IMPORTANTE ES?”

Al reflexionar en lo que realmente importa, se pueden incluir preocupaciones tales como la salud, la serenidad, alimentación, vivienda adecuada y el apoyo afectuoso de otros. La perspectiva que se obtiene al aplicar este lema permite descartar pequeñas preocupaciones, irritaciones sin importancia y juicios infundados para poder valorar la riqueza extraordinaria y las maravillas que ofrece la vida.

“PIENSA”

Uno de los efectos del alcoholismo es que la mayor parte de los familiares de alcohólicos tienden a reaccionar automáticamente a cualquier provocación, pedido o

exigencia del bebedor. Usando este lema pueden “pensar” antes de actuar, decidiendo lo que más se ajuste a sus intereses.

“MANTEN UNA MENTE RECEPTIVA”

La guía para resolver un problema a menudo aparece cuando menos se la espera, si se mantiene la mente receptiva se está dispuesto a recibir esa ayuda independientemente de su fuente.

“VIVE Y DEJA VIVIR”

Al abordar el alcoholismo, las personas cercanas al bebedor pueden haberse sentido tan responsables de las decisiones y acciones de éste que les puede ser difícil otorgarle la dignidad de adoptar decisiones por sí solo y permitirle afrontar los resultados de sus acciones. Al practicar este lema y dejar vivir al bebedor, éste se beneficia porque al fin obtiene el respeto que le corresponde como ser humano.

Los Grupos de Familia Al-Anon otorgan a la familia del alcohólico el apoyo en sus intentos de tratar constructivamente al alcohólico. Son particularmente valiosos cuando el alcohólico rehúsa la ayuda externa. Es necesario admitir que convivir con un alcohólico es un problema personal.

Las personas que asisten a las reuniones de Al-Anon se ayudan así mismas a encontrar el camino de la recuperación (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1994).

“HAZLO CON CALMA”

Este lema les recuerda tomar las cosas con calma día a día y les lleva a no olvidar que quien va despacio, va más lejos, al aplicarlo les permite hacer la vida más llevadera.

“SOLO POR HOY”

Este lema es un compromiso para dejar de lado el pasado y el futuro y vivir solo este día. Cuando se vive cada día como si fuera el último día de vida, se puede aprender a vivir la vida con plenitud. El lema es una guía para “SOLO POR HOY” tratar de vivir solo lo que el día traiga; ser feliz; adaptarse a la realidad; tratar de ensanchar la mente; ser agradable; hacer un programa del día y no tener miedo.

“A NO SER POR LA GRACIA DE DIOS”.

En el programa de los doce pasos se menciona a “un poder superior” el cual mucha gente rechaza y dice no creer en un poder superior, esto esta lejos de la realidad. La verdad es que todo ser humano cree en algo superior pero la forma de verlo o entenderlo es única y esto es lo que le crea conflicto. Como cada cual lo visualice es un proceso interno y la persona le da el tinte personal que lo hacen único. Los recién llegados al programa de Al-Anon que creen en Dios pueden incorporar sin problemas este concepto de poder superior.

El programa de los doce pasos no es un programa religioso, se trata de un programa de tratamiento en forma de grupos de ayuda mutua, pero al igual que en cualquier otra

enfermedad difícil o larga, las personas echan mano del área espiritual porque es una fuerza extra que necesitan.

Por otro lado, para creer en un poder superior se necesita de fe y la fe es una emoción, se siente. Pero la fe, es de esas emociones complejas y para sentirlas hay que trabajar en ellas.

Entre más se trabaje, más se siente y si se deja de trabajar se deja de sentir. Por esta razón es que hay gente que menciona que no siente fe y por lo tanto no echa mano del poder superior. Lo que siempre se encuentra es que no han trabajado en la emoción (de fe). Es como si esperaran que solita se forme. También no es exclusiva la fe en un poder superior, se puede tener fe a varias cosas (ejemplo; un equipo de fútbol, un médico, a una relación, etc.). Trabajar en la fe, es importante (Cantu, 2005).

Con respecto a este lema, se puede decir que a pesar de las investigaciones, los científicos se han encontrado con un factor “X” que no han podido explicar. Es este factor el que considera que la gracia de Dios interviene en los asombrosos casos de rehabilitación que tienen lugar en Al-Anon (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1966).

“SUELTA LAS RIENDAS Y ENTRÉGASELAS A DIOS”.

Cuando los miembros de Al-Anon entregan su vida y voluntad al cuidado de Dios, se libran de los conflictos internos creados por el egocentrismo.

Día a día, es necesario tomar varias decisiones y resolver diferentes problemas. Si día a día hacen todo lo posible de su parte sin tratar de forzar los resultados que desean, irán madurando espiritualmente (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1966).

4.3 Como funcionan los Grupos de Familia Al-Anon.

Entre los miembros de Al-Anon y Alateen que asisten a las reuniones de grupo se encuentran familiares y amigos allegados de:

- 1.- un miembro de Alcohólicos Anónimos que está llevando una vida de sobriedad.
- 2.- un alcohólico que tiene períodos de sobriedad pero que aún sufre recaídas esporádicas.
- 3.- un alcohólico que rechaza cualquier tipo de ayuda.
- 4.- un alcohólico que está separado de su familia por divorcio, separación o muerte.

En Al-Anon no hay cuotas ni derecho de admisión para pertenecer y la afiliación es voluntaria. Los miembros que asisten a las reuniones cooperan voluntariamente para el sostenimiento del grupo que incluye: renta del local, refrigerios y una continua provisión de publicaciones que se obtienen de la Oficina de Servicio Mundial y sirven para ser distribuidas gratuitamente entre los recién llegados y entre los profesionales que trabajan con las familias de alcohólicos; así como para los gastos del grupo del Servicio de Información Local, de la Asamblea de Zona y del trabajo mundial de la Oficina de Servicio Mundial de Nueva York.

Muchos de los miembros de Al-Anon fueron informados del programa por una tercera persona: un miembro del clero, un asistente social, un médico, un patrón, un consejero o quizá algún representante de la ley (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1966).

Los locales en donde se realizan las reuniones de Al-Anon son diversos: pueden ser en despachos de algún edificio público, el salón de actos sociales o de recreo de una iglesia o escuela, en la casa de alguno de los miembros del grupo, en locales donde sesionan grupos de Alcohólicos Anónimos o en locales rentados exclusivos para reuniones de Al-Anon; generalmente dependen del estrato económico al que pertenece la mayor parte de los miembros del grupo. Los locales se buscan en lugares de fácil acceso, en sitios transitados y fáciles de localizar.

Algunos grupos tienen paredes decoradas con las fotografías de Annie y Lois, esposas de los cofundadores de Alcohólicos Anónimos (Bill W. y el Dr. Bob), también en algunos, cuelgan cuadros con los enunciados de los doce pasos, las doce tradiciones y los lemas.

Las reuniones de Alateen pueden celebrarse en otra sala del mismo edificio en que se reúnen los grupos de Al-Anon, de costumbre al mismo tiempo. Algunos grupos se reúnen en los edificios escolares a las horas de escuela. También se celebran reuniones en residencias juveniles, hospitales e instituciones penales.

Cada grupo de Alateen debe tener un padrino activo en Al-Anon.

La mayoría de los grupos de Alateen son económicamente independientes, gracias a las contribuciones voluntarias de sus miembros; pero algunos grupos de Al-Anon o de Alcohólicos Anónimos asumen las responsabilidades financieras de los nuevos grupos en tanto éstos se consolidan.

Con base en la Novena Tradición que dice: “Nuestros grupos, como tales, nunca debieran organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones, directamente responsables ante las personas a quienes sirven”, los grupos crean comisiones de servicio llamadas mesas de servidores que son elegidos por mayoría de votos y sirven por períodos de tres a seis meses (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1993).

Las mesas de servidores están integradas por un: secretario, tesorero, coordinador de mesa, coordinador de programa, coordinador general, cafetero y por un representante de grupo (RG).

El secretario es el encargado de tener la literatura disponible para ser vendida a los miembros del grupo que lo soliciten, también recibe y da a conocer la correspondencia al grupo; el tesorero se encarga de las finanzas del grupo, reúne las cooperaciones voluntaria, paga la renta, compra los refrigerios y da las cuotas a las oficinas locales y generales; el coordinador de mesa es el encargado de invitar a los miembros de grupo a coordinar las sesiones; el coordinador de programas elabora el temario de las reuniones y los libros que se utilizarían en cada una de las reuniones; el coordinador general se encarga de organizar a los integrantes de la mesa de servidores para que cumplan bien sus funciones; el cafetero llega antes que todos los miembros y se encarga de tener los refrigerios listos; el representante de grupo (RG) se encarga de las relaciones del grupo con otros grupos (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1993).

La literatura que se utiliza en las sesiones de grupo es la aprobada por la Conferencia llamada también literatura LAC. Con base en ella todos los miembros reciben la misma información que aplican a su vida diaria y después comparten los beneficios de su aplicación

al dar y recibir experiencia, fortaleza y esperanza de una forma diferente de vivir. Un esquema del proceso de una reunión de Al-Anon podría ser el siguiente:

Un ejemplo de temario mensual para las reuniones de Al-Anon se puede consultar en el anexo.

En México, la mayoría de los grupos realizan dos sesiones a la semana aunque los hay que realizan una o hasta cinco.

En resumen los grupos de familia Al-Anon son grupos de ayuda mutua que se derivaron de los grupos de Alcohólicos Anónimos, en su programa adoptaron los mismos principios adaptados a las necesidades de los familiares de alcohólicos. Actualmente son independientes aunque pueden apoyar a los grupos que les dieron origen.

En el capítulo siguiente se revisarán los criterios de eficacia que sustentan a los Grupos de Familia Al-Anon.

Capítulo 5 Criterios de Eficacia de los Grupos de Familia Al-Anon

5.1 Ser familiar de alcohólico.

Para saber si hay un alcohólico en la familia las señales de alerta típicas son:

1. La persona hace uso frecuente del alcohol, aumenta la frecuencia y la cantidad de alcohol que bebe cada vez.
2. Necesita un trago a cierta hora del día o a la mañana después
3. Siente temores, ansiedad y emociones negativas cada vez más frecuentemente.
4. Se ausenta del trabajo o escuela debido a la bebida.
5. Bebe solo o a escondidas.
6. Desatiende o evita responsabilidades y muestra desinterés por las actividades en las que no hay bebida.
7. Acusa y critica a otros bebedores negando a su vez los hábitos de beber.
8. Hace promesas de "tomar menos" o no tomar.
9. Tiene perdidas de memoria, no puede recordar lo que paso mientras estaba bebiendo.
10. Se irrita y defiende si alguien lo critica o se queja de su hábito de beber.
11. Se queja de falta de eficiencia, poca energía, pérdida de peso, insomnio o accidentes.
12. Justifica su manera de beber culpando a otros.
13. Causa molestias, daño o inquietud con su conducta alcohólica (Lammoglia, 2000).

Cuando un miembro de la familia se vuelve alcohólico, otro (s) miembro (s) puede (n) suponer que él (ellos) ha (n) llevado al consumidor a beber, él (ellos) creé (n) que puede (n) curar o al menos controlar la conducta alcohólica de su familiar y en tarea implacable desarrolla (n) la codependencia.

Se llama codependiente a la persona que tiene un familiar o amigo cercano Químico Dependiente (Alcohólico y/o adicto), y llega a desarrollar actitudes desadaptadas dentro de la relación, así como tiene tendencia al sufrimiento emocional. La característica mas sobresaliente del codependiente es la alta tolerancia que ejercita, que lo lleva a soportar emociones o situaciones que otras personas no aguantarían y lo habilita para resistirlas por tiempo prolongado o indefinido (G-Paullada, 1989).

Algunas de las conductas desadaptadas más significativas son : (a) la sobreprotección (comprometerse por el bienestar de los demás, engañar por otras personas); (b) la necesidad de controlar (chequear, corregir, querer cambiar a los demás); (c) el imperioso deseo de rescatar de los problemas a los demás; (d) la pérdida de límites (no saber hasta donde le corresponde actuar , incapacidad de decir no, renunciar a sus propias necesidades etc.); (e) la baja autoestima (miedo al abandono, inseguridad, desamor a sí mismo, etc.); (f) la alta tolerancia (soportar actitudes agresivas o destructivas de otras personas, permitir que se les violente y no se les respete); (g) funcionamiento en espejo (pensar por ejemplo, "si él o ella están bien, yo también estoy bien pero si están mal, yo estoy peor" (G-Paullada, 1989).

Emocionalmente los codependientes sufren, y tienen grandes sentimientos de: (a) culpa (si hago o no hago esto o aquello y si le pasa algo, ¿tendré yo la culpa?; (b) miedo: a las actitudes, a la incertidumbre, al que dirán, a la agresividad del consumidor, etc.; (c) resentimientos, coraje y vergüenza, hacia el alcohólico y hacia sí mismo. La

codependencia es un problema que si no se atiende empeora con el tiempo (G-Paullada, 1989).

5.2 La lucha estéril por controlar al alcohólico y su bebida.

El codependiente trata de controlar o cambiar su entorno y al alcohólico. Imagina que de esta manera se sentirá menos abrumado, es decir la solución la busca afuera y no dentro de sí mismo (por eso desea cambiar su ambiente y cambiar a los demás, en lugar de realizar un cambio personal). Esto puede resultar muy frustrante y desgastante (Hernández, 2002).

Con el tiempo, este procedimiento se convierten en una forma habitual de actuar, y el codependiente busca en forma inconsciente gente que lo requiera y a la cual pueda ayudar. Así alimenta su baja autoestima al recibir ciertas dosis de bienestar que lo hacen sentirse útil e importante para los demás. No es malo que desee ayudar, el problema radica en que el codependiente es capaz de anteponer las necesidades de otros antes que las propias, y cuando se relaciona con alcohólicos o con personas problemáticas o abusivas esto lo puede llevar al agotamiento.

El grupo más numeroso afectado por el alcoholismo son los hijos y es muy frecuente que hijas o hijos de alcohólicos sean codependientes (Madden, 1986).

En 1979, Nice (citado en Madden, 1986) apuntó que las hijas de alcohólicos tienen una alta probabilidad de casarse con un hombre alcohólico. Es frecuente, aunque no definitivo, que los hijos de alcohólicos al crecer, reproduzcan en su propias familias los problemas que ellos vivieron; no saben tener relaciones sanas porque nunca las vivieron, solo conocen las relaciones enfermas que predominaron en sus familias de origen (Kawage, et al., 1998).

Los hijos de alcohólicos son a menudo personalidades obsesivas. Tienen tendencia a tener una auto imagen pobre que hace que se asemejen a alcohólicos. Uno de cada cuatro se convierte en alcohólicos, comparado con uno en diez de la población en general.

En un inicio un hijo(a) de un alcohólico (a) desarrolla actitudes dentro del núcleo familiar, que le sirven a un propósito: adaptarse y sobrevivir. Posteriormente puede involucrarse emocionalmente con algún alcohólico o con alguna persona conflictiva, en donde su alta tolerancia se pone en juego. Conforme el codependiente va manejando su hipertolerancia, se somete a un gran estrés, si esto se prolonga por mucho tiempo puede llegar el momento en que se presente una crisis, que lo puede llevar a perturbaciones tales como: depresión, trastornos de ansiedad, trastornos en el apetito, fobias etc. y es hasta entonces cuando busca ayuda personal.

Podríamos decir que el codependiente pierde el control de su propia vida y de sus propios límites, e invierte toda su energía con el resto de las personas, tiene una gran necesidad de pertenecer, de ser útil y paga un precio muy alto por ello. Es importante destacar que la codependencia es una forma de relación inadecuada, y que se puede modificar una vez que el codependiente acepte ser ayudado. Esto es de las tareas más difíciles ya que en el seno de la familia funciona como el responsable y el bueno. Aparentemente el único que está mal y es el culpable de todo frente a la gente, es el alcohólico, por lo tanto hay que transformarlo, cambiarlo o curarlo. Con este razonamiento

el codependiente pospone su propia ayuda hasta que presenta algún otro problema, como : la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos en el apetito, somatización (gastritis, úlcera), etc. (G-Paullada, 1989).

En México se presentan más síntomas físicos, es decir, los familiares acuden más al doctor por problemas de úlceras, gastritis y dolores de cabeza debidos al estrés (Natera, 2003).

También en México se encontró que las mujeres de medios rurales están más preocupadas por el consumo excesivo por parte de sus esposos, hijos adolescentes o padres que las mujeres del medio urbano. Su preocupación tiene fundamento: los hombres rurales beben más que los urbanos, se embriagan con mayor frecuencia, emplean más tiempo en beber y tienen más problemas por su forma de ingerir alcohol (Medina Mora, 1998).

Preguntas como: ¿Por cuánto tiempo el codependiente a tratado de ayudar y de cambiar al alcohólico?, ¿Qué podría suceder si el alcohólico no quiere cambiar de acuerdo a sus expectativas? y ¿Qué otras alternativas tiene el codependiente?. Estas preguntas solo se responden con: buscar ayuda profesional para sí mismo. Los familiares cercanos al alcohólico necesitan ayuda. Ellos no son los responsables del alcoholismo pero a medida que avanza el problema, se ven comprometidos emocionalmente y empiezan a actuar como facilitadores, por eso lo más indicado es que busquen apoyo y sigan un tratamiento para resolver sus propios problemas (Kawage et al., 1998).

Cuando un alcohólico entra a un tratamiento de rehabilitación, y la familia también participa en su propio programa de recuperación, las posibilidades de salvación para el y toda la familia se incrementan en forma muy importante. Inclusive se ha constatado que si el familiar comienza su rehabilitación, aunque el alcohólico no lo haga, el pronóstico de recuperación de la familia es bueno. La familia no produce la enfermedad del alcoholismo, pero sin un programa adecuado, sí la puede prolongar. (Cantú, 2005).

Los millones de adultos que se desarrollaron en una familia con problemas de alcoholismo, se preguntan cómo sobrevivieron dentro de un sistema familiar donde a diario padecían el impacto de conductas y actitudes agresivas y manipuladoras, de abandono y represión, de circunstancias violentas y de enfrentamiento en las relaciones interpersonales, de inseguridad e incertidumbre, de incongruencia e insatisfacción. Un sistema familiar donde además debían de persuadirse de que nada de esto estaba sucediendo y que por lo tanto, no les afectaba; es decir, no sufrían, no sentían y en consecuencia tampoco aprendieron a confiar ni a hablar acerca de lo que a diario vivieron pero se negaron a aceptar. Así, al llegar a la vida adulta, el hijo de alcohólico tiene la necesidad de elaborar esos conflictos que aún persisten en él, procesar sentimientos inhibidos durante su infancia y adolescencia, producto de experiencias dolorosas.

Es necesario que trabaje en los traumas, insatisfacciones y emociones reprimidas para revisar cómo aquellas actitudes y conductas que en la niñez y la adolescencia le ayudaron a mantener un equilibrio enfermo, en la vida adulta sólo obstaculizan su crecimiento personal, alimentan resentimientos y promueven la rigidez. Esto le provoca una insatisfacción por la vida, que a su vez lo sostiene en un estado de depresión latente. El origen: una estructura familiar enferma con interacciones destructivas.

La enfermedad del alcoholismo es una carga muy pesada y dolorosa, no sólo para el alcohólico sino para casi toda su familia. A lo largo del tiempo el alcoholismo va minando la energía y los recursos de la familia y provoca un impacto disgregador sobre ésta, aunque de inmediato es posible que sus miembros no perciban este hecho.

El impacto del alcoholismo como enfermedad se observa en una serie de comportamientos negativos. Se mencionan, entre otras, el abuso contra el cónyuge y los hijos, tasas de divorcio elevadas, depresión y suicidio, problemas laborales y accidentes automovilísticos. Dado que el alcohólico presenta actitudes y conductas disfuncionales que gradualmente lo llevan a un daño físico, psíquico, social, familiar, laboral y económico, los hijos reaccionan tratando de controlarlo, disculparlo o esconderlo. Además experimentan una ansiedad persistente y se obsesionan con la forma de beber de un padre alcohólico. Ante su incapacidad para controlarlo, experimentan rabia y consecuentemente lo insultan y recriminan. Se culpan a sí mismos y sienten dolor.

Aquellos que conviven con un alcohólico generalmente aprenden patrones de conducta similares a los de éste, sin darse cuenta de ello y como resultado, los hijos se aíslan, niegan el problema, encuentran justificación a sus conductas destructivas y autodestructivas, y además desarrollan problemas emocionales y de conducta.

La familia alcohólica es aquella que ha sido afectada en su funcionamiento por las conductas alcohólicas del bebedor. El alcoholismo invade aspectos de la vida familiar donde todos los miembros presentan conductas manipuladoras, deshonestas, distantes y agresivas. En general, el ambiente familiar se caracteriza por ser impredecible y caótico (Carrillo, 1985).

Los hijos de padres alcohólicos buscan adaptarse al sistema familiar perturbado y tienden a establecer relaciones interpersonales embrolladas y a presentar conflictos intra psíquicos durante la adultez, los cuales se originaron en una familia donde a los hijos se les negó atención, disciplina consistente y ambiente de seguridad. No todos los hijos de alcohólicos se ven afectados del mismo modo, pero sus dificultades emocionales al llegar a adultos a menudo se relacionan con el hecho de haber crecido con un padre o madre alcohólicos. Las consecuencias de la enfermedad son producto del nivel de disfuncionalidad de la familia y tienen un efecto directo en el deterioro emocional y físico ocasionado a los hijos. La familia vive episodios de violencia entre sus miembros y es frecuente que los hijos sufran severos traumas emocionales con lo que sus vidas se ven seriamente afectadas aún en la edad adulta. Los efectos principales que se han observado en los hijos de alcohólicos son: baja autoestima, desconfianza, desafío, agresión, ansiedad, conflicto con la autoridad y necesidades insatisfechas durante la infancia, la niñez y la adolescencia.

Los hijos de alcohólicos sienten la imperiosa necesidad de controlar una situación que no puede ser controlada., se les dificulta confiar, expresar sus necesidades personales y sus sentimientos y presentan un exagerado sentido de responsabilidad, o se muestran totalmente irresponsable como consecuencia de sus experiencias familiares.

En una familia alcohólica, no sólo el bebedor es agresivo, también otros adultos en la familia se comportan ofensivamente, entre ellos y con los hijos. Los hermanos mayores frecuentemente dirigen su ira y frustración hacia los hermanos menores y, aún en la familia que aparentemente no sufre violencia física y que puede parecer funcional, gritos o expresiones de ira y amenazas pueden ser constantes y la violencia emocional esta presente.

Lo anterior se debe a que la conducta alcohólica genera estrés. Los descendientes de alcohólicos están expuestos a un ambiente que es rígido, con frecuencia caótico y donde existe presión por mantener oculto lo que es obvio. A menudo, los hijos de alcohólicos viven angustiados y en el abandono. Estos hijos establecen reglas de comportamiento y adoptan diferentes roles en la familia en su esfuerzo por encontrar orden y estabilidad en una situación de inestabilidad constante. Por lo tanto, los descendientes que han crecido en este ambiente sin estructura y desorganizado, cuando adultos son inflexibles, no se adaptan con facilidad ni se permiten cambiar. El origen de ésta rigidez proviene de la forma en que luchan por adaptarse y por encontrar algo de seguridad, ya que el comportamiento del alcohólico se torna cada vez más impredecible.

El haber crecido bajo una regla de inaccesibilidad y de rigidez implica el que, cuando adultos, los hijos de alcohólicos experimenten, actúen y vivan la necesidad de controlar.

Otra regla en la familia del alcohólico es la de no poder hablar de lo que sucede. Esta regla de no hablar es tan fuerte que cuando adultos, los hijos llegan a tener dificultad para expresarse. No se puede hablar de lo que se oye, se escucha o se siente. Los vástagos experimentan dolor, temor y coraje. Estos sentimientos están directamente relacionados con el comportamiento del padre alcohólico pero los reprimen, a costa de su salud y bienestar emocional, así como en decremento de su habilidad para funcionar honesta y abiertamente aún en la adultez.

Una regla más que impera en la vida del hijo de un alcohólico es la necesidad de negar lo que sucede, para afirmar que no existe necesidad de cambiar nada y así reforzar su rigidez. Esto se traduce cuando adulto es una dificultad para expresar sus emociones, ya que se trata de negar toda experiencia dolorosa y sentimientos que la acompañan. También se avergüenza y se autodevalúa, se retrae de la comunidad y aunque permanezca junto a su familia se aísla emocionalmente de ella. Cuando adulto además presenta dificultad para confiar en los demás y establecer relaciones interpersonales adecuadas.

Los retoños de alcohólicos se ejercitan para manejar la conducta de otros y pretenden resguardarse de situaciones problemáticas y de conflicto. Además aprenden a medir y controlar su expresividad en función del ánimo y humor del padre alcohólico. Entre más disfuncional sea el ambiente familiar, más grave es el daño ocasionado a sus miembros, en especial a los hijos. Estos comparten características de tipo emocional, por ejemplo: experimentan miedo, el cual se manifiesta en rabia o dolor, resentimientos y desconfianza. La raíz de éste miedo se encuentra en el abandono de que fueron objeto, ya que debido a la preocupación por el alcohol y el alcohólico, ninguno de los padres atendió realmente sus necesidades de amor y apoyo. Es frecuente que exista irresponsabilidad de los padres para atender horarios de comida, higiene personal o atención médica, lo cual cuando es repetitivo ocasiona un sentimiento de temor y soledad en los hijos y esta sensación persiste aún en la edad adulta.

Los descendientes de alcohólicos perciben el mensaje de no ser amados y de ser un estorbo. Como resultado, muchos hijos de alcohólicos revelan tener sentimientos de abandono aún cuando sus padres jamás se ausentaron. La sensación de abandono se deriva del hecho de que el padre alcohólico pudo haber estado presente físicamente, pero emocionalmente ausente. De igual manera, el padre no alcohólico pudo haberse mantenido atento a la conducta del bebedor y no en centrado en el cuidado de los hijos. La consecuencia es la baja autoestima que padecen los hijos cuando adultos.

El sentimiento de rabia que experimentan los hijos de alcohólicos es una forma de manejar el miedo. La rabia a su vez se manifiesta en resentimientos y desconfianza. Sin embargo, en su niñez tuvo que refrenarla ya que en la familia no se le permitió que expresara estos sentimientos.

La dificultad para confiar en los demás en la vida adulta está relacionada con el hecho de no haber podido confiar en sus padres. El abandono que experimenta el hijo de alcohólico le ocasiona dolor y esto incluye a su vez sentimientos de soledad y tristeza que aunque se empeñe en cubrir se reflejan en sus conductas y actitudes. En general, a los hijos de alcohólicos se les dificulta relajarse, padecen cefalea, hombros tensos o dolor de espalda como resultado de haber crecido en un ambiente con alta tensión. En su relación sexual es frecuente que presenten incapacidad para desempeñarse adecuadamente. Los desórdenes gastrointestinales tales como úlceras, constipación crónica, diarrea y acidez estomacal también son comunes. Lo anterior debido a que al reprimir sus emociones les ocasiona este tipo de problemas. Igualmente presentan trastornos relacionados con el estrés como gripas frecuentes, dificultad para dormir, una mayor incidencia de cáncer así como un estado general de fatiga. Como una secuela de haber tenido la ineludible necesidad de adaptarse y sobrevivir al comportamiento impredecible y en ocasiones amenazante del padre o madre y de la familia en general, los hijos de alcohólicos desarrollan la tendencia a buscar situaciones de conflicto. En las familias de las que proceden vivieron de una crisis en otra y cuando éstas no se presentan las buscan, esto los mantiene activos y los hace sentirse útiles, además de que les imposibilita verse a sí mismos, un aspecto que normalmente evitan.

La manipulación es característica, debido a su necesidad de controlar y buscar que sus necesidades sean satisfechas, ya que cuando niño ante la carencia de afecto, atención y reconocimiento aprendieron a manipular para obtener la atención de sus padres o de otros adultos. Asimismo, les es difícil establecer relaciones íntimas satisfactorias. La intimidad requiere de franqueza, comunicación y habilidad para resolver conflictos, y los hijos de padres alcohólicos aprendieron a no confiar, a no expresar sus sentimientos y a no hablar de sus deseos y necesidades. La incompetencia que experimentan para deleitarse de la vida también está engranada con la necesidad de controlar. Para quien se desarrolló en una familia alcohólica es difícil dejar de obsesionarse por todo lo que está sucediendo. Existe una dificultad para jugar y se tiende a tomar todo, aún la diversión, demasiado en serio. En ocasiones, aunque parezca estar disfrutando, experimenta la sensación de temor y de que en cualquier momento “algo” pueda suceder.

Existe en los hijos de alcohólicos una mayor posibilidad de desarrollar una conducta adictiva en una gran variedad de aspectos, por ejemplo, adicción al alcohol, droga, comida, tabaco, a una persona, al sexo, al ejercicio, o a realizar su trabajo de manera perfecta. Cada hijo de alcohólico es diferente pero el común denominador es igual: miedo, rabia y dolor.

La dinámica familiar alcohólica representa una situación de conflicto donde predominan la confusión, falta de apoyo y carencia de afecto. Los adultos que crecieron en un ambiente familiar así reflejan una personalidad con un autoconcepto inadecuado, incapacidad para expresar sus emociones y dificultad en sus relaciones interpersonales. Ante todo reaccionan con desconfianza, rigidez y necesidad de controlar a los que les rodean.

Los adultos hijos de alcohólicos no conocen con exactitud cómo vivir con tranquilidad, cómo disfrutar y luchar por encontrar orden en su vida. Lo que conocieron

dentro de su familia fue miedo, inseguridad, violencia y confusión y no tienen un marco de referencia que les indique cuándo una situación es normal o anormal. Desconocen la capacidad de goce y no logran experimentar satisfacción personal, por lo tanto requieren de ayuda para poder elaborar y liberar emociones contenidas, reflexionar, reconstruir y aprender a pensar de manera positiva. Asimismo, el conocer la naturaleza del alcoholismo como enfermedad en el contexto familiar y los efectos por ella resentidos le pueden ayudar a valorarse a sí mismo, a aceptarse y así mejorar sus relaciones interpersonales y alcanzar una mejor calidad de vida.

En 1978 Whitaker (citado en Moreno, 1989) apunta que cuando la familia cumple su misión se convierte en la fuente más rica y gratificante de las estructuras sociales, colma las más hondas necesidades de ternura y amor, ofreciendo el más alto potencial para el crecimiento de sus miembros. Cuando no es así los lazos de amor se convierten en cadenas.

La recuperación del alcoholismo comprende la recuperación emocional de todos o del mayor número de miembros de la familia, que deben madurar antes, durante y después de que un alcohólico entre en tratamiento (Kawage et al., 1998).

5.3 Al-Anon ayuda a la familia a recuperarse.

Un conjunto de investigaciones ha demostrado, a través del meta análisis, que los pacientes actúan mejor dentro de un grupo que cuando lo hacen de forma individual (Yalom, 1998).

El espacio del grupo terapéutico ofrece oportunidades únicas en la terapia: los grupos ofrecen posibilidades de cambio terapéutico que no se dan en la terapia individual.

No hay una única terapia de grupo, hay muchas terapias de grupo.

Los tratamientos en grupos de ayuda mutua hoy en día tiene una aplicación importante para una gran variedad de adicciones como las relacionados con dificultades alimenticias, de juegos de azar, de neurosis etc. (Rosovsky, 2004).

Cuando se hace referencia a los grupos de autoayuda como sinónimo de ayuda mutua se cae en el error de interpretar el proceso terapéutico o de cambio que lleva una persona por sí misma quizá con base en un libro o folleto con la interacción de pares en donde la ayuda no se la proporciona el individuo de por sí, sino que hay interacciones fundamentales que caracterizan a las organizaciones de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos y otras organizaciones entre ellas los Grupos de Familia Al-Anon.

De acuerdo a Katz y Bender (citados en Yalom, 1998).los grupos de ayuda mutua son estructuras pequeñas y voluntarias que ejercitan la ayuda mutua para el logro de propósitos definidos, por lo general están constituidas por pares que se reúnen para brindarse asistencia mutua con el fin de satisfacer necesidades comunes y superar problemas. Promueven el cambio personal y social.

Los iniciadores de los grupos de ayuda mutua y sus miembros percibieron que sus necesidades no estaban y no podían ser satisfechas por las instituciones de asistencia social

existentes. Estos grupos enfatizan sus interacciones sociales cara a cara y fortalecen la responsabilidad personal de sus miembros. En la mayoría de los casos solo proveen de apoyo emocional (Rosovsky, 2004).

Los grupos de ayuda mutua deben tener una vida propia y ser creados por quienes padecen el problema (Rosovsky, 2004).

El cambio terapéutico es un proceso enormemente complejo que sucede a través del intrincado intercambio de experiencias humanas, a los cuales Yalom (1998) llama los factores terapéuticos.

Los factores terapéuticos son once (Yalom, 1998): infundir esperanza, la universalidad, la información participada, el altruismo, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario, la conducta imitativa, la catarsis, los factores existenciales, el desarrollo de técnicas de socialización, la cohesión del grupo y el aprendizaje interpersonal.

1.- Infundir esperanza. Un elemento crucial en toda psicoterapia es mantener esperanza, la fé en un modo de tratamiento puede ser efectiva terapéuticamente.

La terapia de grupo no solo parte de una mejora general de los efectos positivos de las expectativas del paciente, sino que también se beneficia de la fuente de esperanza que es inherente únicamente a la modalidad de grupo. Los grupos terapéuticos están formados por individuos que están en diferentes puntos de un continuo para hacer frente al fracaso. Así cada miembro esta en contacto con otros que han mejorado como resultado de la terapia.

Los grupos de ayuda mutua Al-Anon ponen de relieve este elemento al infundir esperanza. En su enunciado de bienvenida para un recién llegado se lee y escucha decir “no importa cuales sean sus problemas, otros de este grupo también los han tenido, si tratan de mantener una mente receptiva encontrarán que no hay situación por más difícil que parezca que no se pueda mejorar ni pena por mas grande que sea que no se pueda mitigar”.

Una parte importante de las reuniones esta dedicada a los testimonios. Gran parte del poder de los Grupos de Familia Al-Anon reside en el hecho de que muchos de sus miembros son personas que llegaron sufriendo por la forma de beber de un familiar y han superado el dolor emocional lo que constituyen aspiraciones vivas para los recién llegados. Los nuevos miembros se sienten inspirados y surge la esperanza al estar en contacto con aquellos que han recorrido el mismo camino y han encontrado una vía de regreso.

2.-Universalidad. La mayoría de los recién llegado a un grupo de ayuda mutua creen que son los únicos en su desdicha, de que solo ellos tienen problemas, pensamientos, impulsos y fantasías espantosas e inaceptables; de algún modo esto es cierto, pero para muchos de los familiares que han vivido aislados por mucho tiempo, el sentido de su carácter único es elevado.

Cuando llegan a un grupo de ayuda mutua, el desmentimiento de los sentimientos del paciente de ser un caso único constituye una poderosa fuente de alivio. Esto lo logran después de oír revelar a otros miembros preocupaciones similares a las suyas. Con raras excepciones, las personas expresan un gran alivio al descubrir que no están solas, que otros comparten las mismas experiencias y dilemas. A medida que los miembros perciben su similitud con los otros y comparten sus preocupaciones mas profundas, se benefician de las

revelaciones que acompañan a este proceso, así como de la aceptación final por los otros miembros.

3.- Ofrecer información. La literatura reciente sobre alcoholismo se emplea en los grupos de ayuda mutua para transferir información, para cambiar los patrones de pensamiento destructivo, para estructurar el grupo, para explicar los procesos de la enfermedad. La explicación de un fenómeno es el primer paso hacia su control.

4.-El altruismo. Cuando llega un nuevo miembro esta desmoralizado y tiene un acusado sentido de no poseer nada de valor que ofrecer a los otros, pero la experiencia de descubrir que puede ser importante para los demás, refresca y estimula su autoestima. Y desde luego todos los miembros de su grupo son enormemente útiles entre si en el proceso de curación, apoyo, consuelo, sugerencias y comprensión.

5.-La recapitulación correctiva del grupo familiar primario. En general las personas que entran a una terapia de grupo traen consigo experiencias insatisfactorias de su familia primaria, en un grupo de terapia los conflictos familiares pueden ser recapitulados y permiten revivirse correctivamente. Los estereotipos de la conducta pueden desafiarse continuamente, en forma constante se alimentan las reglas básicas de la prueba de la realidad, el análisis de las relaciones y pueden ensayarse nuevas conductas. Para muchas personas resolver un problema con otros miembros del grupo también significa resolver asuntos que han estado pendientes desde hace mucho.

6.-El desarrollo de las habilidades sociales básicas. Es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de terapia. Frecuentemente, los miembros de más tiempo, constancia y trabajo en un grupo terapéutico adquieren habilidades sociales altamente sofisticadas: están en armonía con el proceso; han aprendido a estar interesados en los demás; han adquirido métodos para la resolución de conflictos; es menos probable que sean críticos y son más capaces de experimentar y expresar una acertada empatía.

7.-La conducta de imitación. Bandura (citado en Yalom, 1998 p.44). demostró, de un modo experimental, que la imitación es una fuerza terapéutica eficaz .En la terapia de grupo es frecuente que un paciente se beneficie observando la terapia de otro paciente que tiene problemas similares, a este fenómeno se le denomina terapia “vicaria” o “de espectador”. Aunque la conducta imitativa dure poco, puede ayudar al individuo a “descongelarse” y a intentar experimentar nuevas conductas. “Este proceso puede tener un efecto terapéutico sólido; descubrir que no somos es un proceso que sirve para descubrir qué somos”

La conducta de imitación, tiene un efecto transitorio que les permite a los miembros de un grupo, dedicarse, mas tarde, plenamente a otros aspectos de la terapia. Ver que otro puede revelar sucesos delicados o difíciles de revelar de si mismo, correr riesgos y beneficiarse con esto, les ayuda a hacer lo mismo.

8.-Aprendizaje interpersonal. Sullivan sostiene que la personalidad es un producto de la interacción con otros seres significativos. La necesidad de estar relacionados unos con otros es básica y resulta necesaria para sobrevivir . A medida que un ser humano se desarrolla aprende a enfatizarse en sus rasgos y aspectos que son aprobados y tiende a reprimir los desaprobados.

En la búsqueda de seguridad, la persona desarrolla un concepto de si mismo.

La gente necesita a la gente para la supervivencia inicial y para la posterior, para buscar satisfacción y para socializar. Nadie trasciende su necesidad de contacto humano.

En la terapia grupal los miembros a menudo cambian sus metas terapéuticas y del alivio del sufrimiento, de la angustia o la depresión, pasan a desear aprender a comunicarse con otros, a confiar más, a ser sinceros con los otros y a aprender a amar.

La definición del proceso terapéutico como una modificación para adaptar las relaciones interpersonales; la naturaleza y la potencia duradera de las necesidades sociales del hombre, son de importancia vital en el proceso curativo de la terapia de grupo.

En 1946, Franz Alexander (citado en Yalom, 1998 p. 42) afirmó que el principio básico de la cura psicoanalítica era “exponer al paciente, en las circunstancias mas favorables, a las situaciones emocionales que no había podido manejar en el pasado”, este principio básico es crítico en la experiencia de la terapia grupal. Es un hecho que el ambiente que se genera en un grupo puede ofrecer más oportunidades para generar experiencias emocionales correctivas.

Los miembros del grupo, llegan a advertir los aspectos significativos de su conducta interpersonal: su fuerza, sus limitaciones y su conducta mal adaptada que produce reacciones no deseadas en los otros.

En un grupo por medio de la retroalimentación y de la observación de si mismo, el individuo aprecia la naturaleza y repercusión de su conducta:

En los sentimientos de los otros.

En las opiniones que los otros tienen de él.

En la opinión que tiene de sí mismo.

Como resultado de esta conciencia, la persona puede cambiar poco a poco o puede arriesgarse a practicar nuevos tipos de conducta y de expresión.

La probabilidad de que ocurran cambios esta en función de: (a) la cantidad de molestia e insatisfacción personales de su conducta actual;)b)su necesidad de ser aceptado por el grupo, su respeto y aprecio por los otros miembros y (c) su estilo interpersonal.

No solo el cambio de conducta se manifiesta en el grupo, sino que la conducta aprendida se lleva al medio ambiente social de la persona y aparecen cambios conductuales en sus relaciones interpersonales fuera del grupo.

Progresivamente se inicia una espiral de adaptación primero en el interior y después en el exterior del grupo. A medida que aumenta su capacidad de establecer relaciones satisfactorias, la angustia social decrece, aumenta la autoestima y tiene menos necesidad de .ocultarse.

9.- La cohesión del grupo. La cohesión es un efecto de la aceptación mutua de los miembros; los grupos que tienen miembros que se comprenden y aceptan mutuamente, forman grupos unidos.

10.- La catarsis. Los factores curativos son interdependientes. La catarsis y la universalidad, por ejemplo, forman parte del proceso. En la catarsis se descubre que los problemas de los otros son similares y se llega a la aceptación que la singularidad dolorosa no es única, lo que parece más importante es el compartimiento afectivo del mundo interior y después ser aceptado por los otros.

Ser aceptado por otros pone en duda la creencia de que la persona es básicamente repugnante, inaceptable o despreciable. Siempre que un individuo cumpla las normas del grupo,, el grupo lo aceptara sin importar su pasado, sus transgresiones o fracasos en el universo social. Ser miembro del grupo, ser aceptado y aprobado tiene máxima importancia en el desarrollo del individuo.

La cohesión del grupo puede ser un factor importante para promover el cambio de personalidad. La calidad de la relación de un miembro con otro es una causa determinante básica del cambio del individuo en la experiencia del grupo.

Las tareas de un grupo de terapia son: 1) Aceptar que se necesita ayuda; 2) Revelar algo de si mismo; 3) Expresar los sentimientos sinceros con uno mismo y con los otros miembros del grupo; 4) Tener una actitud no defensiva; 5) Interesarse en los otros y aceptarlos; 6) Apoyar al grupo y 7) Cumplir con las normas del grupo.

En la terapia de grupo los principales mecanismos curativos residen en la interacción de unos miembros con otros. La retroalimentación interpersonal permite a los miembros del grupo reconstruir la imagen de si mismo y validar la universalidad de sus problemas (Yalom, 1998).

Maslow (citado en Yalom, 1998) apoya la afirmación de que si conocemos el bien, siempre actuaremos a favor del bien o lo que es lo mismo, si conocemos lo que es bueno en ultima instancia para nosotros, actuaremos para favorecer nuestros intereses.

El conocimiento de si mismo permite integrar todas las partes de si mismo, disminuye la ambigüedad, permite un sentimiento de eficacia y dominio que faculta para actuar de acuerdo a los intereses personales.

11.- Los factores existenciales. Las necesidades y las metas cambian en el curso de la terapia de grupo. Los miembros primero buscan el alivio de los síntomas y después formulan nuevas metas, a menudo interpersonales: desean poder relacionarse más profundamente con los otros, poder amar y ser sinceros con los otros.

Los factores curativos se ven influidos por el tipo de terapia de grupo, por la etapa de la terapia, por las fuerzas exteriores al grupo, y por las diferencias individuales. Por ejemplo Alcohólicos Anónimos, y por extensión, los Grupos de Familia Al-Anon básicamente alientan las actividades de infundir esperanza, impartir información, la universalidad, el altruismo y algunos aspectos de la cohesión del grupo.

5.4 Principal objetivo de los Grupos de Familia Al-Anon.

Recientemente un mayor número de organizaciones sociales formados por clérigos, jueces o clínicas para el tratamiento del alcoholismo han estado refiriendo a los familiares de alcohólicos a Al-Anon como una fuente de ayuda en la reestructuración de su vida perturbada.

El propósito fundamental de Al-Anon no consiste en tratar de impedir que los alcohólicos sigan bebiendo, esta tarea en todo caso le correspondería a Alcohólicos Anónimos, sino en ayudar a los familiares de Alcohólicos a llevar una vida más normal, feliz y productiva ya sea que el alcohólico siga bebiendo o haya dejado de beber (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc.1988).

En Al-Anon los familiares aprenden que proteger al alcohólico de las consecuencias del hábito de beber no es ayudarlo; eso puede impedir que él se de cuenta de su problema con la bebida y de su necesidad de ser socorrido ya que si puede depender de alguien para que lo saque de apuros, no tendrá suficiente incentivo para esforzarse. Si la familia rehúsa firmemente encubrirlo, si no intentar aplacar a los acreedores y si puede quedar imperturbable cuando el bebedor entra en dificultades, entonces él se vera obligado a mantenerse en sus propios pies. Esta actitud puede adoptarla cuando aprende que no es responsable de esta enfermedad.

Cuando los familiares y amigos de alcohólicos no saben que están tratando con personas gravemente enfermas suelen considerarlos egoístas, arrogantes, irresponsables y sin consideración.

Cualquiera que viva con un alcohólico sabe lo difícil que es crear y mantener una vida hogareña normal. La tendencia natural es culpar al bebedor compulsivo de todos los problemas de la familia.

Cierto que el alcoholismo agrava los problemas pero muchos problemas también existen en muchos hogares donde no hay problemas de bebida.

Al hablar con otros que han vivido con los mismos problemas y los han aprendido a resolver, trae alivio y esperanza al aturdido miembro de la familia de un alcohólico.

Al-Anon les ayuda a reconocer que él o ella no fueron los causantes del alcoholismo, por lo tanto no lo pueden controlar y no lo pueden curar.

Poco a poco van comprendiendo que las borracheras del alcohólico no son ni culpa de ellos, ni causadas por su comportamiento.

Si el alcoholismo ha durado mucho tiempo, los problemas de la familia no desaparecerán al cesar la bebida, los integrantes de ésta, tal vez tengan que reaprender sus funciones y responsabilidades (Minuchin, 1998).

“Al-Anon representa para las familias de los alcohólicos lo que Alcohólicos Anónimos representa para ellos y es el medio indicado para que quienes conviven con un alcohólico aprendan a manejar las situaciones que se asocian con el alcoholismo” (Velasco, 1988).

La respuesta de la sociedad al uso y abuso del alcohol así como a los tratamientos para este severo problema de salud, depende de las actitudes emocionales e intelectuales; del usuario, de su familia y amigos, del médico, del sociólogo, etc., dicho de otra forma, de todo aquel que tenga contacto con un alcohólico o que tenga que tratar con el tema. Estas actitudes son el resultado de tener una amplia información sobre el alcoholismo o de prejuicios, ignorancia, ideas equivocadas, errores de interpretación etc. (Amedirh A: C: 2004).

La falta de conocimiento que llevan a actitudes prejuiciados de algunos profesionales de la salud sobre los grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos y los Grupos de Familia Al-Anon, limitan el aprovechamiento de estos recursos de tratamiento que puede combinarse sin demérito con la atención médica y psicológica (Rosovsky, 2004).

Revisando las investigaciones realizadas sobre la terapia familiar con un miembro alcohólico encontramos el siguiente trabajo que se relaciona con el tema. Los autores Wright y Scott (1978) realizaron un estudio con 227 esposas de alcohólicos del Norte de Dakota. Esta muestra fue elegida de 1200 casos obtenidos de programas para pacientes externos.

Las 227 esposas fueron elegidas porque reunían las siguientes características: a) estaban casadas; b) el esposo fue considerado alcohólico y la esposa abstinentes; y c) el esposo estaba bebiendo cuando se inició el estudio.

La mayoría de los primeros contactos con el programa para el tratamiento de los alcohólicos fueron realizado por las esposas, el resto, los cónyuges fueron remitidos por cortes acusados de manejar borrachos.

La edad promedio de los hombres del estudio fue de 42.9 años de edad y de las mujeres de 39.6; el promedio de años de casados fue de 16.2 con 2.8 hijos de promedio. Los hombres tuvieron un promedio de 13.3 años de bebida.

Si un esposo había estado bebiendo durante los 6 meses anteriores a la investigación se clarificó como alcohólico, sin embargo durante el tiempo del estudio 95 esposos fueron clasificados como alcohólicos y 132 catalogados como abstinentes por consejeros de dos organismos para pacientes externos.

El estudio revisó la relación entre cuatro diferentes tipos de tratamiento, las etapas de los tratamientos y la situación de la bebida de los alcohólicos también en tratamiento.

Los cuatro tipos de tratamiento observado fueron: asesoría psicológica como pacientes externos; miembros activos en Al-Anon; tratamiento como pacientes hospitalizados; y asesoría psicológica post-tratamiento para las parejas. Este estudio formó parte del análisis de un amplio registro de relevantes variables predictoras de la situación de bebida de un grupo de hombres alcohólicos.

Los resultados de esta investigación indicaron que a) la mayoría de las esposas que recibieron asesoría como pacientes externos conservaron a sus maridos con el mismo nivel de bebida; b) si las esposas atendidas como pacientes externos recibieron además otro tipo de tratamiento relacionado con el alcoholismo de sus maridos tuvieron mas probabilidad de lograr la sobriedad de sus cónyuges; c) si las esposas eran miembros activos en Al-Anon, mas esposos lograron la abstinencia; y d) más hombres lograron la sobriedad cuando sus esposas

recibieron tratamiento como pacientes hospitalizadas combinado con otro tipo de tratamiento.

Los conclusiones de este trabajo reportaron que la asesoría psicológica post-tratamiento combinada con otro tipo de tratamiento para hacer frente al alcoholismo eleva las probabilidades de abstinencia. Cuando la esposa se involucra poco o tiene un papel pasivo en el tratamiento, la relación entre la bebida de su cónyuge y su tratamiento es negativa o no concluyente. La motivación de las esposas al buscar ayuda parece sustentar la relación positiva entre el tratamiento y los resultados (Wright y Scott, 1978).

De acuerdo a estos investigadores, los datos presentados en su investigación sugieren la evaluación de la participación activa en Al-Anon en el combate al alcoholismo de los esposos.

Otra investigación realizada fue el reciente estudio comparativo del tratamiento recibido en los Grupos de Familia Al-Anon (TSF) y el tratamiento proporcionado con un programa basado en el entrenamiento de habilidades de respuesta y en la administración profesional del programa de los 12 pasos (CST), (Rychtarick y McGillicuddy, 2005),

En esta investigación se compararon los efectos inmediatos y a largo plazo de los dos tratamientos sobre los síntomas de la depresión, la violencia conyugal y los efectos indirectos en el tratamiento de los esposos alcohólicos.

El tamaño de la muestra fue de 171 mujeres angustiadas por el alcoholismo de sus cónyuges que reunieron las siguientes características: a) mujeres que vivían con sus esposos; b) casadas o cohabitando por al menos el último año previo al estudio; c) esposas de alcohólicos diagnosticados utilizando el AUDIT. (Alcohol Use Disorders Identification Test) con consumo de alcohol en los últimos tres meses previo al estudio y sin asistir a Alcohólicos Anónimos o a algún otro tipo de tratamiento para el abuso de sustancias; d) sin asistir a Al-Anon o a algún otro tipo de tratamiento relacionado con la bebida de sus esposos en los últimos tres meses; y e) con disposición para participar en el estudio.

A los participantes también se les pidió el nombre de un familiar que conociera a la pareja para corroborar la información..

Se formaron tres grupos: un grupo que recibió tratamiento en los Grupos de Familia Al-Anon (TSF) otro grupo que fue atendido con el programa basado en el entrenamiento de habilidades de respuesta y en la administración profesional del programa de los 12 pasos (CST) y un grupo sin tratamiento o grupo control (DTC).

Los sujetos fueron asignados al azar. El método utilizado fue el longitudinal. Cada serie consecutiva de 4 a 6 participantes elegidos formaron un grupo de terapia o un grupo de apoyo. Los 36 grupos formados fueron aleatoriamente asignados (12 grupos en cada condición).

Durante 8 semanas participaron en los dos tratamientos o en el grupo sin tratamiento. Al término de este período, todos los participantes recibieron evaluaciones telefónicas de 3 a 9 meses. También recibieron entrevistas personales de 6 a 12 meses. Todas las evaluaciones fueron realizadas por asistentes de investigación guiados para la evaluación de los tratamientos.

Los participantes en el grupo que fue atendido con el programa basado en el entrenamiento de habilidades de respuesta y en la administración profesional del programa de los 12 pasos (CST) aprendieron a conceptualizar su angustia dentro del estrés familiar así como las perspectivas de enfrentamiento. Cada contenido de sesión se centro en la aplicación de soluciones específicas para los diferentes tipos de problemas derivados de la ingestión de alcohol de sus cónyuges. Los participantes llevaron un diario de problemática personal para discutirse en el grupo.

Los participantes del grupo que recibió tratamiento en los Grupos de Familia Al-Anon (TSF) aprendieron a revisar sus dificultades como un problema de codependencia. La codependencia fue definida como una exagerada preocupación con dependencia social, emocional y física de otra persona, en este caso del cónyuge alcohólico. Los participantes aprendieron los síntomas de la codependencia (negación y autoengaño), sus consecuencias (ejemplo baja autoestima) y los 12 pasos de Al-Anon.

Después de las 8 semanas del período de espera, los participantes del grupo de apoyo o grupo control fueron asignados aleatoriamente a recibir cualquiera de los dos tratamientos CST ó TSF.

Al final del tratamiento, la depresión fue significativamente baja en CST y TSF con relación a DTC. Entre CST y TSF no hubo diferencias significativas

El efecto causado en el tratamiento de los cónyuges fue mínimo durante el periodo de tratamiento y al final de éste aunque la ingestión de alcohol por días de bebida tuvo un bajo pero significativo descenso en CST no así en TSF al final del periodo de un año de seguimiento.

Resumiendo, CST y TSF fueron igualmente efectivos en la reducción de los síntomas de depresión de esposas de alcohólicos. Con respecto a la violencia conyugal en el tratamiento CST los incidentes violentos por parte del cónyuge se redujeron no así en el tratamiento TSF.

Los resultados sugieren que los beneficios que obtuvieron en ambos tratamientos fueron muy importantes para las esposas de alcohólicos.

Los autores sugieren que estos hallazgos podrían refutarse e invitan a realizar otros estudios combinados de CST y TSF para evaluar su relativa eficacia en otras poblaciones de individuos con angustia y preocupación por el consumo abusivo de sustancias del cónyuge.

Es cierto que los Grupos de Familia Al-Anon no son la panacea para resolver el problema del alcoholismo, ni tampoco se podría decir que es el tratamiento más exitoso para los familiares de alcohólicos. Sin embargo la expansión que han tenido con más de 24 000 grupos de Al-Anon y alrededor de 2 300 grupos de Alateen en 115 países del mundo muestran que son una realidad creciente (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 2005). En México existen aproximadamente 2 653 Grupos de Familia Al-Anon y 386 grupos de Alateen para hijos de alcohólicos de entre 12 y 18 años, de los cuales 342 Grupos de Familia Al-Anon y 38 grupos de Alateen se ubican en el Distrito Federal (Central Mexicana de Servicios Generales Al-Anon, 2005).

Los familiares pueden ser ayudados incluso si no tienen acceso a participar en una terapia familiar conducida por un profesional . Esto se puede lograr ofreciendo los grupos de ayuda mutua como Al-Anon que pueden servir como recursos a largo plazo (Elizondo, 2004).

Resultados

La información contenida en este trabajo muestra la alternativa de tratamiento para familiares de alcohólicos por medio de los llamados “Grupos de Familia Al-Anon”.

Retomando el objetivo de la investigación de: ¿Qué son?, ¿Dónde encontrarlos?, ¿Cómo funcionan? y ¿Cuál es su eficacia?, se pudo dar amplia respuesta a las primeras tres cuestiones pues la bibliografía existente así lo permitió. Sin embargo es un hecho que en México a pesar del gran número de grupos de ayuda mutua existentes, 3 039, no se encontraron investigaciones que valoren su eficacia. Las investigaciones realizadas en este sentido, en su mayoría, se han realizado en Estados Unidos con población que tiene características culturales diferentes a las nuestras, esto podría ser una limitación del efecto de esta alternativa de intervención cuando se utiliza por población mexicana.

Otro hallazgo al revisar las dos investigaciones sobre su eficacia, fue que el objetivo de esta alternativa de tratamiento para los parientes de alcohólicos es la recuperación emocional de los miembros de la familia que la eligen como opción y los resultados de los dos estudios examinados atienden solo tres aspectos de esta restauración: los efectos a corto y largo plazo sobre los síntomas de la depresión de las esposas de alcohólicos; el nivel de abstinencia en el consumo de alcohol por parte del cónyuge alcohólico y el descenso, permanencia o incremento de la violencia conyugal.

Aunque los resultados que se obtuvieron al evaluar esta alternativa de tratamiento concluyen ser importante para las esposas de alcohólicos, existen algunos otros aspectos de la recuperación que no se consideraron en las dos investigaciones consultadas como son: el aumento o descenso de los niveles de autoestima, el mejoramiento o deterioro de las relaciones conyugales, filiales y parentales; los niveles de desarrollo de las habilidades sociales; el estado que guarda la redefinición de las responsabilidades y funciones en el hogar; el nivel de aprendizaje logrado para manejar situaciones que se asocian con la conducta alcohólica y la permanencia o superación de las repercusiones del vivir en un hogar alcohólico.

Conclusiones

En este trabajo, se tuvo un acercamiento a los problemas que se generan al convivir con un alcohólico, así como a cuatro alternativas de tratamiento para familiares de alcohólicos.

Una de las alternativas de tratamiento, centro de esta investigación, son los grupos de ayuda mutua llamados “Grupos de Familia Al-Anon”.

La definición de alcoholismo ha ido evolucionando desde la condición del individuo que ha perdido la libertad para abstenerse del alcohol; la consideración del uso del alcohol como malo, inadmisible y pecaminoso; el alcoholismo considerado como una enfermedad; hasta la definición actual de dependencia al alcohol en lugar del término alcoholismo.

Cuando un miembro de la familia se vuelve alcohólico, otro miembro puede creer que es por su culpa; esta culpa lo lleva a creer que lo puede controlar y lograr que pare de consumir alcohol y guiado por este sentimiento se da a la tarea de ayudarlo empedernidamente desarrollando la codependencia.

Codependiente es la persona que puede soportar emociones o situaciones que otras personas no codependientes no tolerarían; tiene tendencia al sufrimiento emocional y desarrolla actitudes desadaptadas como: la sobreprotección, la necesidad de controlar, la pérdida de límites, la baja autoestima, la alta tolerancia al abuso de otros y el vehemente deseo de ser rescatador de los que le rodean.

Todavía, en nuestra cultura, tener un familiar alcohólico se considera vergonzoso y por desconocimiento de los centros de ayuda, la familia se limita a compartir entre sí tratando de hallar soluciones al problema sin investigar y recurrir a la ayuda externa.

Sin embargo el alcoholismo causa un poderoso impacto emocional en el hogar. Por lo menos otro miembro de la familia aparte del alcohólico resulta perturbado en su personalidad.

A pesar de todo lo anterior pocas personas consideran estar atrapados en las consecuencias del alcoholismo por eso únicamente buscan ayuda para el alcohólico y solo acuden a tratamiento para ellos mismos cuando el problema ya es grave. En incontables ocasiones después de 10 años o más de convivir con un alcohólico.

La terapia familiar aplicada a los familiares de alcohólicos es relativamente reciente y en este trabajo se realizaron solo cuatro alternativas: Modelo de Tratamiento para Familias con un Miembro Alcohólico denominado Cronología de la Vida Familiar; Modelo de Tratamiento Basado en la Historia de Vida de la Familia; y el Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas y Los grupos de ayuda mutua conocidos como Grupos de Familia Al-Anon.

El Modelo de Tratamiento para Familias con un Miembro Alcohólico denominado Cronología de la Vida Familiar fue desarrollado por Virginia Satir (1986), quien propone mejorar la comunicación en el seno familiar y considerar al alcohólico como un miembro más de la familia sin hacer distinciones y señalamientos.

El Modelo de Tratamiento Basado en la Historia de Vida de la Familia propuesto por Peter Steinglass (1987), distingue a una familia alcohólica de una familia con un miembro alcohólico; define a la familia como un sistema que tiene influencia recíproca entre todos sus miembros, de tal suerte, afirma, que al tratar a la familia alcohólica es preciso “desintoxicar” a toda la familia y no solo al alcohólico.

El Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas propuesto por Natera, Tiburcio y Mora (2004), parte de dos razones importantes: la primera considera que la familia está en riesgo cuando uno de sus miembros es alcohólico y la segunda estima que las 8 formas en que la familia enfrenta el consumo de alcohol tiene una influencia determinante en la disminución, permanencia o aumento en la ingestión del etílico.

Los grupos de ayuda mutua conocidos como Grupos de Familia Al-Anon constituyen una alternativa de tratamiento para familiares y amigos de alcohólicos basada en la guía de un programa derivado del esquema del programa de Alcohólicos Anónimos ajustado a las características y necesidades de los parientes de bebedores dependientes del etílico.

El único propósito de los miembros de estos grupos es prestarse apoyo solidario entre sí para superar los problemas que se presentan al cohabitar con un alcohólico.

Los trabajos de investigación sobre la eficacia de los Grupos de Familia Al-Anon en relación con otros tipos de tratamiento realizados en Estados Unidos de Norteamérica con cónyuges de alcohólicos, arrojaron que esta alternativa de atención resultó igualmente efectiva en la reducción de la depresión de las esposas, elevó las probabilidades de abstinencia del alcohólico pero no redujo los incidentes violentos por parte del alcohólico.

El desconocimiento de centros de tratamiento profesional para familiares de alcohólicos y el costo de las terapias, tal vez sea la razón del gran crecimiento de esta alternativa de tratamiento. Actualmente existen alrededor de 24 000 Grupos de Familia Al-Anon. y cerca de 2 300 grupos de Alateen en 115 países del mundo.

Dado que el alcoholismo tiene un fuerte impacto emocional en la familia se sugiere que para futuros trabajos de investigación de este tema se realicen meta análisis sobre los efectos de alcoholismo en los parientes de alcohólicos así como de la eficacia de los Grupos de Familia Al-Anon.

También se sugiere desarrollar, en México, trabajos de investigación con una muestra representativa de grupos que abarquen diferentes medios socioeconómicos y culturales para valorar los costos y beneficios de esta y otras alternativas de tratamiento para parientes de alcohólicos

Este trabajo se realizó con información obtenida a través de libros, folletos, revistas científicas y artículos de la red Internet relacionados con el alcoholismo, así como a través de consultas al Instituto Nacional de Psiquiatría y a las oficinas generales de Al-Anon.

De esta manera el trabajo cumplió con el objetivo propuesto: Dar a conocer a los “Grupos de Familia Al-Anon” como una alternativa para el tratamiento de familiares y amigos de alcohólicos.

Limitaciones

Una limitación de este trabajo es el acervo bibliográfico existente relacionado con el alcoholismo que, en su mayoría, está escrito por y para médicos y psiquiatras con una tendencia a considerar al alcoholismo como una enfermedad. El uso del concepto de alcoholismo, ya superado por cierto, sustituido por dependencia al alcohol, es más preciso porque puede distinguir tres tipos de dependencia: leve, moderada y grave. Sin embargo el alcoholismo como una enfermedad es la idea básica que se utiliza en el tratamiento proporcionado por los grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos y Al-Anon. Concepto que por otra parte es necesario respetar al dar a conocer esta alternativa de tratamiento pero representa un desfase entre el avance de la ciencia al estudiar la dependencia al alcohol y los conceptos que con respecto a este problema de salud se aprenden en Al-Anon.

Otra limitación del trabajo es que no se encontró información sobre muchos modelos y técnicas de tratamiento para familiares de alcohólicos por lo que en este trabajo solo se estudiaron cuatro alternativas de atención y una guía sobre cómo, quiénes, cuándo, qué decir y cómo prepararse para hablar con el alcohólico.

Una sugerencia derivada del trabajo realizado en esta investigación es incluir el estudio de la dependencia al alcohol y su impacto en la familia, en el alcohólico, en la comunidad y en el país así como las estrategias de intervención derivadas tanto de políticas públicas como del esfuerzo de particulares, en los programas de enseñanza de la Facultad de Psicología por ser este un problema de salud que se presenta en las escuelas, centros de trabajo, clínicas médicas y en la vía pública y es fundamental que el psicólogo esté preparado para hacerle frente.

Referencias

- Aizpiri J. y Marcos J. (1996). *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. España: Masson.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1966). *Viviendo con un alcoholico con la ayuda de Al-Anon*. New York: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1969). *Un carrusel llamado negación*. Virginia Beach: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1972). *Alcoholismo contagio familiar*. Virginia Beach: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A. C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1973). *Alateen. Esperanza para hijos de alcoholicos*. Virginia Beach: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A. C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1984) *¿Se crió junto a un bebedor con problemas?*. E.U.A: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1989). *Al-Anon se enfrenta al alcoholismo*. New York: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1993). *Senderos de Recuperación. Los pasos, las tradiciones y los conceptos de Al-Anon*. Canadá: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1994). *De la supervivencia a la recuperación*. E.U.A: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1995). *Cómo ayuda Al-Anon a familiares y amigos de alcoholicos*. New York: Central Mexicana de Servicios Generales de Grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (2005). Recuperado de <http://wso@al-anon.org>.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc.(sin fecha). *Una guía para la familia del alcoholico*. Virginia Beach: Central Mexicana de Servicios Generales de grupos de Familia Al-Anon, A.C.
- Alcoholics Anonymous World Services Inc. (1967). *El sendero de vida*. New York. México: Oficina de Servicios Generales de Alcoholicos Anónimos.
- Alonso-Fernández, F. (1988). *Alcoholo-dependencia. Personalidad del alcoholico*. 2a Ed. México: Salvat.
- Amedirh A. C. (2004). Asociación Mexicana en Dirección de Recursos Humanos A.C. Recuperado de <http://www.ameri.com.mx/apartado/articulo/art200803/adicción.htm/>

- Babor, T., Higgins, J., Saunders, M., Mairstela, G., y Monteiro, F. (2002). AUDIT, Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.oms.org>.
- Barriguet, A. (1996). *Lo que el vino se llevó*. México. Diana
- Bautista, A. (2004). *La relación de riesgo del consumo de alcohol en adolescentes con el consumo crónico en sus padres y disfunción familiar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina. UNAM.
- Modelo de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y drogas. (2005) [Folleto de circulación limitada]. Facultad de Psicología. UNAM.
- Black, C. (1991). *No hablar, no confiar, no sentir. Los efectos del alcoholismo en los hijos y cómo superarlos*. México: Paidós.
- Cantú, F. (2005). Entendiendo el solo por hoy. Revista de las Adicciones. Boletín 007. Recuperado de <http://www.revistaadicciones.com.mx>
- Cantú, F. (2005). Entendiendo el poder superior. Revista de las Adicciones. Boletín 007. Recuperado de <http://www.revistaadicciones.com.mx>
- Carrillo, P. (1985). *Estudio de 10 familias con un miembro portador de alcoholismo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina. UNAM.
- Centro de Ayuda al Alcohólico y su Familia. (2003.) Recuperado de http://www.ncety-ipn.net/noticias/index.php?modulo=despliegue&dt_fecha2003-09-23&numnota=44
- Charro, B. y Martínez, M. (1995). *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. España: Universidad Pontificia Comillas.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1995). *La familia del toxico dependiente*. España: Paidós
- Collins, R., Kenneth, E. & Searles, J. (1990). *Alcohol and the family. Research and Clinical Perspectives*. New York: The Guilford Press
- Cormillot A. y Lombardini J. (1992). *Beber o no Beber ¿Esa es la cuestión?*. Argentina: Paidós
- Elizondo, J. (2004) El A B C del Alcoholismo. Revista Adicciones. Boletín 005 Recuperado de <http://www.revistaadicciones.com.mx>
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Geringer, J. (1990) *Hijos adultos de alcohólicos*. México: Diana.

- González, B. (1998). *Propuesta de Apoyo a la familia como una alternativa de solución en la disfunción familiar por el alcoholismo*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM. Facultad de Medicina.
- González, M. (1985). *La dinámica familiar disfuncional como un medio propiciador del alcoholismo*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM. Facultad de Medicina.
- G-Paullada, A. (1989). Codependencia. Revista de las Adicciones. Boletín 004. <http://www.revistaadicciones.com.mx>
- Hernández, E. (2002). *El alcoholismo como causa de desintegración familiar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Derecho. ENEPA.
- Kalina, E. (2000). *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Argentina: Paidós.
- Kawage, A., Gutiérrez, P., Llano, M., Martínez, D., y Chavarría, M. (1998). *Las adicciones y las disfunciones en la familia*. Comunidad Encuentro. México: Trillas
- Kessel, N. y Walton, H. (1991). *Alcoholismo. Cómo prevenirlo para evitar sus consecuencias*. México: Paidós.
- Lammoglia, E. (2000). *Las familias alcohólicas*. México: Grijalbo
- Lazcano, R. (1998). Riesgo de alcoholismo en hijos de padres alcohólicos. Tesis Especialidad en Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM.
- Madden, J. (1998). *Alcoholismo y fármaco dependencia*. México: El Manual Moderno
- Medina-Mora, M.E. (1998). Beber en el campo y la ciudad. In FISAC (Ed). Beber de Tierra Generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México. México: Cuadernos FISAC 1 (47) 207-227
- Minuchin, S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. México: Paidós.
- Morales, M., (2001). *Tratamientos psicológicos del alcoholismo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Moreno, S. (1989). Soy hijo de un alcohólico. Revista de las Adicciones. Boletín 004. <http://www.revistaadicciones.com.mx>
- Murray, M., (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. V-1 España. Desclee de Brouwer S. A.
- Natera, G. (2003). La familia ¿Un recurso social para la salud y las adicciones?. México: Cuadernos FISAC. 4,(1) 41-59
- Natera, G., Mora, J. y Tiburcio, M. (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 13 (2) 165-190

- Natera, G. y Tiburcio M. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familias de usuarios de alcohol y drogas: un estudio piloto. *Salud Mental*. 26 (5) 33-42
- Natera, G., Tiburcio M. y Mora J. (2004). *Cómo apoyar a la familia ante el abuso de alcohol y drogas*. In Dulanto E (Ed) La familia. Un espacio de encuentro y crecimiento para todos. (pp. 463-469). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Orford, J., Natera, G., Casco, M., Nava, A. Y Ollinger, E. (1993). *Estrategias que utiliza la familia en México frente al uso de alcohol y otras drogas: un estudio de viabilidad*. Secretaria de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10*. Ginebra. Suiza.
- Parsons, T., Berger, G., Silverstein, H., Wekesser, C. (2003). Alcoholismo y su efecto sobre la familia. <http://www.health.org/nongovpubs/coafacts>
- Romero, J. (1992). *Alcoholismo familiar e intento de suicidio*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina. UNAM
- Rosovsky, H. (2004). Los grupos de ayuda mutua en la recuperación del alcoholismo. *Cuadernos FISAC 1(19)* 47-58.
- Rychtarik, R. & McGillicuddy, N. (2005). Coping Skill Training and 12-Step Facilitacion for Women Whose Partener Has Alcoholism: Effects on Depression, the Partner's Drinking, and Partner Physical Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2) 249-261
- Satir, V. (1986). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Stanton, M., y Tood, T. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Steinglass, P., Bennet, H, Wolin, M. y Reiss, S. (1987). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa
- Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia de familia*. Barcelona: Icaria.
- Souza y Machorro, M. (1988). *Alcoholismo. Conceptos básicos*. México: El Manual Moderno.
- Tenorio, R., Figueroa, E. y Natera, G. (1994). Relación del familiar con el sujeto alcohólico: una aproximación sistémica. *Revista de la Escuela Nacional de trabajo Social .UNAM*. 2.(6) 74-86
- Tiburcio, M., Natera, G. (2003). Evaluación de un Modelo de Intervención Breve para Familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas. Un Estudio Piloto. *Revista Salud Mental*. 26 (5). Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Velasco, R. (1980). *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo. Conceptos básicos*. México. Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior.

- Velasco, R. (1981). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México: Trillas
- Velasco, R. (1988). *Alcoholismo: Visión integral*. México: Trillas
- Vk. Alcohol Alert. (1997). *Alcohol consumption during pregnancy*. Vol. 16 mayo. Inglaterra.
- Yalom, I. D. (1998) *Psicoterapia individual y terapia de grupo*. México: Paidós.
- Wallace, J. (1990). *El Alcoholismo como enfermedad*. México: Trillas.
- Wright, K. & Scott, T. (1978). The Relationship of Wives Treatment to the Drinking Status of Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*. 39 (9) 1577-1581.

Anexo

Estos cuestionarios no reportan niveles de eficacia en su uso pero pueden ser útiles como referencia para futuras investigaciones.

Un cuestionario para identificar a los hijos de alcohólicos que propone Claudia Black (1991), es el siguiente:

Marca la respuesta que mejor describa tus sentimientos, conducta y experiencias respecto al consumo de alcohol de alguno de tus padres. Tomate el tiempo que necesites y procura ser preciso. Contesta las 28 preguntas con un sí o no

Sexo: _____

Edad: _____

- | SI | NO | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. - ¿Alguna vez te ha quitado el sueño la forma de beber de alguno de tus padres? |
| _____ | _____ | 2. - ¿Alguna vez has pensado que uno de tus padres tiene problemas con la bebida? |
| _____ | _____ | 3. - ¿Has tratado de que uno de tus padres deje de beber? |
| _____ | _____ | 4. - ¿Te has sentido solo, angustiado, nervioso, enojado, o frustrado porque uno de tus padres no puede dejar de beber? |
| _____ | _____ | 5. - ¿Alguna vez peleaste o discutiste con uno de tus padres cuando estaba bebiendo? |
| _____ | _____ | 6. - ¿Amenazaste con irte de tu casa porque uno de tus padres bebía? |
| _____ | _____ | 7. - ¿Alguno de tus padres te ha gritado o golpeado, o lo ha hecho alguien de tu familia estando bebiendo? |
| _____ | _____ | 8. - ¿Has escuchado pelear a tus padres cuando uno de los dos está ebrio? |
| _____ | _____ | 9. - ¿Alguna vez protegiste a otro miembro de tu familia de un padre que estaba ebrio? |
| _____ | _____ | 10. - ¿Deseaste alguna vez esconder o vaciar la botella de licor de uno de tus padres?. |
| _____ | _____ | 11. - ¿Piensas mucho en un problema de bebida de uno de tus padres, o en las dificultades que surgen porque bebe en exceso ?. |
| _____ | _____ | 12.- ¿Alguna vez deseaste que alguno de tus padres dejara de beber? |
| _____ | _____ | 13.- ¿Te sentiste alguna vez responsable o culpable por la forma de beber de uno de tus padres?. |
| _____ | _____ | 14.- ¿Temiste alguna vez que tus padres se divorciaran a causa del abuso de alcohol? |
| _____ | _____ | 15.- ¿Te has aislado o has evitado amistades y actividades por vergüenza debida a la forma de beber de alguno de tus padres? |
| _____ | _____ | 16.- ¿Te sentiste alguna vez atrapado en medio de una discusión o pelea entre un padre con problemas de bebida y el otro? |
| _____ | _____ | 17.- ¿Alguna vez creíste que estabas causando que uno de tus padres |

- bebiera?
- _____ 18.- ¿Has pensado alguna vez que tu padre que bebe no te ama?
- _____ 19.- ¿Alguna vez resentiste el consumo de alcohol de uno de tus padres?
- _____ 20.- ¿Te ha preocupado la salud de uno de tus padres debido a su abuso del alcohol?
- _____ 21.- ¿Alguna vez te han culpado por la forma de beber de uno de tus padres?.
- _____ 22.- ¿Creíste alguna vez que uno de tus padres era alcohólico?
- _____ 23.- ¿Deseaste alguna vez que tu hogar fuera como el hogar de tus amigos que no tenían un padre con problemas de bebida?
- _____ 24.- ¿Alguno de tus padres te dijo que no podía ser estable debido al alcohol ?
- _____ 25.- ¿Creíste alguna vez que tu madre era alcohólica?
- _____ 26.- ¿Deseaste alguna vez poder hablar con alguien que comprendiera y ayudara a resolver los problemas de abuso de alcohol en tu familia?
- _____ 27.- ¿Alguna vez te peleaste con hermanos o hermanas por la forma de beber de alguno de tus padres?
- _____ 28.- ¿Preferirías no ir a tu casa para evitar a tu padre que bebía o evitar la reacción de tu otro padre al problema de la bebida?

**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR SI UN HIJO HA SIDO AFECTADO POR LA
FORMA DE BEBER DE SU PADRE/MADRE**

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a la familia. Los que han vivido junto a esta enfermedad en calidad de hijos pueden haber sido afectados. Las siguientes preguntas podrían ayudar a determinar si el alcoholismo afecto la niñez o la vida actual de un hijo de alcohólico (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. 1984).

- 1.- ¿Busca constantemente aprobación y afirmación? _____
- 2.- ¿Deja de reconocer sus propios logros? _____
- 3.- ¿Le inspira temor la crítica? _____
- 4.- ¿Se desvive por todo? _____
- 5.- ¿Ha experimentado dificultades con su propio comportamiento compulsivo? _____
- 6.- ¿Precisa la perfección? _____
- 7.- ¿Se inquieta aun cuando su vida transcurre serenamente? _____
- 8.- ¿Se siente más enérgico en medio de una crisis? _____
- 9.- ¿Se cree aun responsable por los demás, como lo hizo por su ser querido alcohólico? _____
- 10.- ¿Le es fácil ocuparse de los demás pero le resulta difícil ocuparse de si mismo? _____
- 11.- ¿Se aísla de las demás personas? _____
- 12.- ¿Responde usted con ansiedad ante autoridades y personas enfadadas? _____
- 13.- ¿Cree que las personas y la sociedad en general se aprovechan de usted? _____
- 14.- ¿Experimenta dificultades con las relaciones intimas? _____
- 15.- ¿Confunde la piedad con el amor, como le sucedió con el bebedor con problemas? _____
- 16.- ¿Atrae y busca gente que tiende a ser compulsiva? _____
- 17.- ¿Se ata a relaciones por temor a estar solo? _____
- 18.- ¿Suele desconfiar de sus propios sentimientos y de los sentimientos expresados por los demás? _____
- 19.- ¿Se le hace difícil expresar sus emociones? _____
- 20.- ¿Cree usted que la forma de beber de su madre o su padre puede haberle afectado?.

Si contesta afirmativamente a algunas o a todas las preguntas podría necesitar ayuda. (¿Se crió junto a un bebedor con problemas?, 1984).

CUESTIONARIO PARA AYUDAR A UNA PERSONA A RECONOCER SI TIENE LA NECESIDAD DE BUSCAR APOYO PARA RECUPERARSE DEL CONTAGIO DE LA ENFERMEDAD DEL ALCOHOLISMO.

Una vez que el alcohólico ha reconocido y aceptado la enfermedad del alcoholismo, la receta para controlar la enfermedad es obvia, el alcohólico no puede tomar ni un trago de alcohol. De hacerlo puede desencadenar los mecanismos de la enfermedad (Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. 1994).

Para los afectados por el alcoholismo ajeno, los desencadenantes y las recetas no son tan obvias. ¿Cómo saber si los comportamientos de responsabilidad y/o preocupación por el alcohólico no son destructivos?

Las siguientes preguntas pueden ayudar a una persona a reconocer si tiene la necesidad de buscar apoyo para recuperarse del contagio de la enfermedad.

- 1.- Cuando ocurren dificultades, ¿necesita culpar a alguien, incluso a usted mismo? _____
- 2.- ¿Se siente incómodo o se queda perplejo cuando se le pregunta qué es lo que desea en realidad? _____
- 3.- ¿Lo invade a veces, sin motivo aparente, una oscura desesperanza o una progresiva depresión que le impide actuar? _____
- 4.- ¿Se siente culpable o egoísta cada vez que dice no? _____
- 5.- ¿Se siente solo o aislado? ¿Se siente marginado en medio de una multitud? _____
- 6.- ¿Puede identificar uno o dos sentimientos extremos, como el temor o la ira? _____
- 7.- ¿Lleva las cosas a los extremos, o es blanco o es negro? ¿La vida es maravillosa o desastrosa, sin ningún matiz? _____
- 8.- ¿Se siente aturdido o abatido, sin ningún tipo de emociones intensas? _____
- 9.- ¿Se le nubla a veces la memoria o tiene lagunas importantes, donde no recuerda nada? _____
- 10.- ¿Tiene instintos suicidas o la necesidad de herirse a sí mismo o a otros? _____
- 11.- ¿Tolera el comportamiento inaceptable incluso luego de aceptar que no lo hará? _____
- 12.- ¿Tiene dificultad para relajarse y divertirse? ¿No reconocería la diversión aunque la tuviera delante de sus narices? _____
- 13.- ¿Se impacienta con frecuencia con usted mismo o con los demás? _____
- 14.- ¿Piensa que usted es le único en quien se puede confiar? _____
- 15.- ¿Se siente obligado a hacer por otros lo que ellos no pueden hacer por sí mismos? _____
- 16.- ¿Hace cosas que no desea hacer en lugar de arriesgarse a decepcionar a los demás? _____
- 17.- ¿Le resulta difícil confiar en sus propias percepciones y, para convencerse a sí mismo, necesita probar que tiene la razón y que otros están equivocados? _____
- 18.- ¿Se siente avergonzado o confundido a causa del comportamiento ajeno? _____
- 19.- ¿Se sobresalta con facilidad? _____
- 20.- ¿Cree que la mejor manera de satisfacer sus necesidades es no tener ninguna? _____

Si contesta afirmativamente a algunas o a todas las preguntas podría necesitar recuperarse del contagio de la enfermedad del alcoholismo.

Ejemplo de un temario mensual para las reuniones de Al-Anon.

GRUPO RESPLANDOR DEL SUR (VESPERTINO)
PROGRAMA DEL MES DE OCTUBRE – 2004

Lectura del Día: VALOR PARA CAMBIAR

DIA	TEMA	LITERATURA	COORDINA
04 AL 08	S E M A N A DE U N I D A D		
MARTES 12	LA SERENIDAD NO DEPENDE DE LA SOBRIEDAD	Al-Anon se Enfrenta al Alcoholismo. Págs. 91, 92, 93 y 94.	Georgina
JUEVES 14	10° PASO	Doce Pasos y Doce Tradiciones. Págs. 63, 64, 65, 66, 67 y 68.	Ángeles
MARTES 19	CAMBIO DE MESA DE SERVICIO	Guía para Cambio de Mesa de Servicio	Paty B.
JUEVES 21	CUESTIONARIO PARA LA ESPOSA DE UN ALCOHÓLICO.	El Dilema del Matrimonio con un Alcohólico Págs. 93, 94, 95, 96 y 97.	Alicia
MARTES 26	NOVENA TRADICIÓN	Doce Pasos y Doce Tradiciones Págs. 57, 58, 59, 60, 61 y 62.	Any
JUEVES 28	INVITADO		Rosy

...La mayor parte de nuestra felicidad o desdicha depende de nuestra disposición y no de nuestras circunstancias.