



U **NIVERSIDAD**
I **NSURGENTES**
Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

LOS HIJOS DE PADRES ALCOHÓLICOS ENTRE LOS
18 Y 30 AÑOS DE EDAD DESARROLLAN
RELACIONES CODEPENDIENTES CON SU PAREJA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

C. KARINA SÁNCHEZ ISLAS

ASESOR: MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

*Gracias a la vida por un 11 de junio darme una segunda
oportunidad de seguir aquí y tener la fortuna
de poder concluir uno de los proyectos más
importantes de mi vida
el ser*

“Psicóloga”

A mi familia:

A mi mamá: gracias gorda por enseñarme que “querer es poder” y que “los peores límites que podemos tener son los que nosotros mismos nos creamos”

Al Miguí: gracias por el apoyo en las buenas y en las malas, por las risas, por las palabras de aliento.

Héctor: por su paciencia y apoyo.

Omar: gracias porque a pesar de todo en las buenas y en las malas

Tiare y Luis: gracias por inyectarnos a todos con su alegría y por tu cariño.

A mis amigos:

Paty, Fa, Erica, Juan, Raquel, Diana Romo, Maria de la luz, Alex, Mayra Valle, Ma. Águeda, Carlos De la Cruz, David, Guillermo, por el apoyo, las palabras de aliento, por estar muy cerca de este proyecto y sobretodo por ser parte de mi vida.

C.P. Jesús Emilio M. P. Por darme mi primera oportunidad de poder desarrollarme como Psicóloga, “es algo que no voy a olvidar”.

Y a todos los que a lo largo de mi vida he llegado, a conocer y apreciar

“Gracias por ser parte de mi historia de vida”

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ALCOHOLISMO.....	1
--	---

CAPÍTULO II

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO.....	6
CONSUMO EN ADOLESCENTES ENTRE LOS 12 Y 17 AÑOS.....	9
CONSUMO EN POBLACIÓN ADULTA.....	9
TENDENCIAS EN POBLACIÓN URBANA.....	10
SISTEMA DE REGISTRO.....	12

CAPÍTULO III

ETIOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS DE BEBIDA.....	13
FACTORES SOCIALES.....	13
FACTORES SOCIOCULTURALES.....	14
FACTORES BIOLÓGICOS.....	15
FACTORES FISIOLÓGICOS.....	16
FACTORES PSICOLÓGICOS.....	17
FACTORES DE MANTENIMIENTO.....	18
MOTIVACIÓN PARA BEBER.....	18
TRASTORNOS DUALES.....	19

CAPÍTULO IV

DIFERENTES CONCEPTOS DE ALCOHOLISMO.....	20
COMO ACTÚA EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO.....	21
REVISIÓN DE LOS MODOS DE BEBER Y TIPOS DE ALCOHOLISMO.....	23
FASES DEL PROCESO DEL ALCOHOLISMO SEGÚN JELLINEK.....	24
TIPOS DE BEBEDORES.....	25
CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS (DSM-IV).....	25
CONSECUENCIAS DEL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL.....	26
DIFERENTES MODELOS ACERCA DEL ALCOHOLISMO Y FORMA DE PREVENCIÓN QUE PROPONEN	
MODELO MÉDICO.....	32
MODELO JURÍDICO.....	33
MODELO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO.....	34
MODELO SOCIOLÓGICO.....	35
MODELO SOCIOCULTURAL.....	36

MODELO PSICO- SOCIAL.....	37
---------------------------	----

CAPÍTULO V

LAS FAMILIAS ALCOHÓLICAS.....	39
CONCEPTO DE LA FAMILIA Y SU FUNCIÓN.....	39
FAMILIAS ALCOHÓLICAS.....	40
PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA FAMILIA ALCOHÓLICA.....	41
ROLES DE LA FAMILIA ALCOHÓLICA.....	41
FASES DE LA FAMILIA ALCOHÓLICA.....	42
TRANSMISIÓN GENERACIONAL DEL ALCOHOLISMO.....	43
LA ESPOSA DEL ALCOHÓLICO.....	44
LOS HIJOS DE PADRES ALCOHÓLICOS.....	46
TEORÍA SOBRE EL MATRIMONIO ALCOHÓLICO.....	47
MATRIMONIOS EN LOS QUE LA ESPOSA ES ALCOHÓLICA.....	49
ALCOHOLISMO FEMENINO.....	49
LA MUJER EN NUESTRA SOCIEDAD.....	50
TIPO DE ALCOHOLISMO EN LA MUJER.....	51
DAÑO FETAL EN EL EMBARAZO DE MUJERES ALCOHÓLICAS.....	52
DEPRESIÓN POST-ABSTINENCIA EN LA MUJER.....	52
PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA, TERCARIA DEL ALCOHOLISMO.....	
PREVENCIÓN PRIMARIA.....	53
PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	56
PREVENCIÓN TERCARIA.....	56
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.....	57
PSICOTERAPIA.....	57
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (PR).....	57
TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.....	58
DESENSIBILIZAD SISTÉMICA.....	59
TERAPIA AVERSIVA.....	59
PREVENCIÓN DE RESPUESTAS A LA EXPOSICIÓN A ESTÍMULOS.....	59
TERAPIA PSICODINAMICA.....	59
TERAPIA FAMILIAR.....	60
PSICOTERAPIA DE GRUPO.....	61
GRUPOS DIRIGIDOS Y DIFERENTES TIPOS.....	61
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS GRUPOS ABIERTOS Y CERRADOS.....	61
PSICOTERAPIA FAMILIAR.....	62
MODELO CONDUCTISTA.....	63
GRUPOS DE AYUDA ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.....	64
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA).....	64
AL – ANNÓN.....	64
BASES DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y TEORÍA COGNITIVA SOCIAL..	65

CAPÍTULO VI

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CODEPENDENCIA.....	72
CONCEPTO DE LA CODEPENDENCIA.....	73
TIPOLOGÍA DE LA CODEPENDENCIA.....	77
ETIOLOGÍA DE LA CODEPENDENCIA.....	77

<i>INFLUENCIA DE LOS ROLES Y GÉNEROS EN LA CODEPENDENCIA.....</i>	78
<i>COMPORTAMIENTOS CARACTERÍSTICOS DE LA CODEPENDENCIA QUE SE MENCIONAN CON MAS FRECUENCIA EN LA LITERATURA.....</i>	79
<i>DESARROLLO DE LA CODEPENDENCIA.....</i>	80
<i>NIÑO INTERIOR.....</i>	81
<i>AMBIENTES EN LOS QUE SE DESARROLLA LA CODEPENDENCIA.....</i>	82
<i>MANIFESTACIONES DE LA CODEPENDENCIA.....</i>	85
<i>TIPOS DE RESCATADORES.....</i>	85
<i>LAS RAÍCES DE LOS RESCATADORES.....</i>	87
<i>SÍNTOMAS PRIMARIOS DE LA CODEPENDENCIA.....</i>	88
<i>SÍNTOMAS SECUNDARIOS.....</i>	89
<i>ROLES EN LAS FAMILIAS EN RELACIÓN CON EL ALCOHOL Y LA CODEPENDENCIA.....</i>	89
<i>LA EDUCACIÓN LLEVA A LA CODEPENDENCIA.....</i>	91
<i>JUSTIFICACIÓN.....</i>	93

CAPÍTULO VII

<i>METODOLOGÍA.....</i>	94
<i>OBJETIVO GENERAL.....</i>	94
<i>OBJETIVO ESPECIFICO.....</i>	94
<i>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....</i>	94
<i>HIPÓTESIS NULA.....</i>	94
<i>VARIABLE INDEPENDIENTE.....</i>	95
<i>VARIABLE DEPENDIENTE.....</i>	95
<i>MUESTRA.....</i>	95
<i>TIPO DE MUESTRA.....</i>	96
<i>TIPO DE INVESTIGACIÓN.....</i>	96
<i>DISEÑO ESTADÍSTICO.....</i>	96
<i>DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....</i>	96
<i>ESCENARIO.....</i>	97
<i>PROCEDIMIENTO.....</i>	97
<i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</i>	98

CAPÍTULO VIII

<i>RESULTADOS.....</i>	99
<i>DISCUSIÓN.....</i>	106
<i>CONCLUSIONES.....</i>	110
<i>ANEXOS.....</i>	111
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	114

RESUMEN

En la presente investigación se hablará de diversos temas relacionados con el alcohol, desde una perspectiva integral como es: el concepto que se ha tenido a lo largo de la historia acerca del uso y abuso de las bebidas alcohólicas, la etiología de los problemas de bebida, cómo afecta a la familia una relación con un padre alcohólico, se podrán observar diferentes modelos teóricos acerca de cómo ven al alcoholismo y la forma de prevención, las terapias posibles que proponen y la relación de dicha enfermedad con la “codependencia”, de esta se hablará de sus antecedentes históricos, conceptos, etiología, sus principales síntomas, así como el ambiente propicio para desarrollar dicha enfermedad.

Según la encuesta Nacional Contra las Adicciones (ENA-2002). La población mexicana consume cada vez mayor cantidad de bebidas de alto contenido alcohólico. Estos resultados permiten situar el consumo de alcohol como un problema de salud pública.

La etiología del abuso de alcohol se relaciona fundamentalmente con factores como son: A) el medio socioambiental; B) la constitución hereditaria y los rasgos de personalidad del sujeto; C) los factores de aprendizaje inherentes a las experiencias propias y a las conductas adquiridas por imitación; así como las expectativas; D) las propiedades farmacodinámicas características del alcohol (Echeburúa, 2001).

Desde la perspectiva de Bandura (1997), en la iniciación del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: la influencia de la familia, de los pares, la influencia de modelos y el desarrollo de experiencias relacionadas con el alcohol. La persona bebe en un momento concreto en función de su pasada historia de aprendizaje social. Algunos de los antecedentes más importantes para beber son las situaciones ambientales, las creencias y expectativas, el repertorio de habilidades de afrontamiento generales y específicas acerca del alcohol y el estado actual tanto fisiológico como cognitivo y emocional de la persona en el momento de beber. Para la teoría del aprendizaje social son, sin embargo, los factores cognitivos los que modulan todas las interacciones persona ambiente

Se describen los tipos de bebedores y las diferentes problemáticas que presentan en todos los ámbitos tanto físicos, laborales, etc. como al interactuar con su medio. Haciendo un énfasis en la familia. Por ejemplo: las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas se han convertido en los organizadores centrales donde se estructura la vida de la familia (Steinglas 1989), tomando en cuenta el alcoholismo tanto en hombres y mujeres.

Todos los factores mencionados son considerados para el desarrollo de una enfermedad llamada “codependencia”, en donde el conflicto se centra en el individuo en sus percepciones, actitudes y conductas, en función de su interacción con el otro; la codependencia es una condición cognoscitiva, afectiva y conductual del individuo que se manifiesta en el ámbito interpersonal, en donde la persona llega a un involucramiento obsesivo con los problemas de los demás, invirtiendo toda su energía en ello, dejan de lado sus intereses personales, para anteponer a los demás; tiene una necesidad continua y apremiante de ser aceptado, de pertenecer y ser útil.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el hablar de alcoholismo va mas allá de poder identificar sólo a la persona que padece de esta enfermedad, ahora se tiene que hablar de los familiares, los cuales también se ven afectados de una manera considerable, con esta enfermedad en diferentes ámbitos, que van desde lo emocional, intelectual, escolar, económico etc.

A lo largo de la historia el uso y abuso del alcohol se ha visto incrementado de forma considerable entre personas de diferentes edades, como nos lo indica la última encuesta nacional contra las adicciones (ENA-2002). El alcohólico puede tener diversas opciones en la ayuda a su recuperación, pero la prevención y el poder identificar de forma temprana el problema, es una situación importante de la cual se hablará en esta investigación.

En la presente investigación se hace un claro énfasis en las circunstancias que rodean a un individuo las cuales pueden ser determinantes para que una persona tenga problemas de abuso de alcohol, tomando en cuenta que:

- El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia psicológica y física al alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales; 1) La incapacidad de detener la ingesta de alcohol una vez iniciado, y 2) La incapacidad de abstenerse de beberlo (Guerra, 1997).

Destacando los problemas familiares que se pueden producir cuando uno de los padres tiene problemas con el alcohol, analizando los diversos signos y síntomas que presentan desde el cónyuge no alcohólico, los hijos, y como afecta la interacción familiar hasta el grado de desarrollar paralelamente una codependencia, en algunos de los integrantes no alcohólicos de la familia. Tomando en cuenta que:

- **El codependiente:** es una persona que permite que la conducta de otra persona le afecte, y está obsesionado con controlar la conducta de esa otra persona. Las conductas que le pueden afectar son: el alcoholismo, la drogadicción, las irresponsabilidades, la infidelidad, la violencia, la falta de compromiso e intimidad, el desamor, entre otros. La definición señala que la persona se obsesiona por controlar. Esto significa, que la parte afectada dedica gran cantidad de esfuerzo y energía, tratando de forzar que sucedan las cosas. Controlan en nombre del amor, lo hacen por ayudar, pensando que ellos están bien y el otro está mal (Melody, Beattie 1987).

Se hablara de la relación del alcoholismo con la codependencia teniendo como objetivo poder medir el tipo de codependencia, Baja, Media; Alta que presentan los jóvenes entre los 18 a 30 años, los cuales son una población extensa e importante dentro

del territorio mexicano, para cumplir con dicho objetivo se utilizó un instrumento comprendido por 44 ítems en escala tipo Likert que mide la codependencia, tomando en cuenta que, son incluidos en la investigación las personas que tengan una relación con alguno de los padres con abuso de alcohol y que se encuentren en una relación de pareja.

Es importante recordar que la información adecuada puede ser el primer paso de aceptación de enfermedad. Por eso la presente investigación busca ser parte de una de las fuentes de información dirigido al público que este interesado en el tema así como a las personas relacionadas con una persona alcohólica y/o codependiente.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación esta enfocada a saber si Los hijos de padres alcohólicos tienen relaciones de pareja codependientes entre la edad de los 18 a 30 años, derivado del aprendizaje obtenido en el entorno familiar. Por ello el enfoque está en relación a la codependencia, pero retomando todos los ámbitos del alcoholismo como se mencionan en el transcurso de la investigación.

El tipo de codependencia (Baja, Media, Alta), que se pretende encontrar esta en función del cuestionario aplicado ver (anexo 1). Dicho instrumento esta comprendido por 44 ítems con forma de respuesta en escala tipo Likert de cinco puntos los cuales son, 1 totalmente desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni desacuerdo 4 de acuerdo 5 totalmente de acuerdo, este utilizado en la tesis sin publicar “Relación de la codependencia, el apego, los estilos de amor y los rasgos de masculinidad y feminidad en adultos” de Zarco Hurbe (2005). Para conocer el tipo de codependencia se sumaron todas las respuestas y se tomaron los rangos de acuerdo al valor de los puntos obtenidos por cada afirmación que como ya se menciona varían de 1 a 5 puntos. Es decir se tomó del número total de afirmaciones multiplicado por la puntuación que le corresponde de 1 a 5, dando como resultado que de 44 a 88 es correspondiente a una *Codependencia Baja* en relación al tipo de respuesta, 1 (totalmente desacuerdo) y 2 (en desacuerdos). *En una Codependencia Media* la puntuación está centrada en la respuesta 3 (ni de acuerdo ni desacuerdo), al multiplicarlo nos arroja que esta codependencia se empieza a medir al caer en el rango de 132 puntos y finalmente con respecto a la *Codependencia Alta* que esta en función de las respuestas 4(de acuerdo), y 5(totalmente de acuerdo). La multiplicación se encuentra entre el rango de 176 a 220. Se toma de esta forma la puntuación ya que todas las afirmaciones que utiliza la autora están en relación con las características, principales de las personas codependientes y uno de los objetivos de esta investigación es identificar los tipos y porcentajes de codependencia que existen entre la población encuestada.

Es importante destacar que el hombre no es el único alcohólico dentro de la familia la mujer en los últimos años ha aumentado el consumo del alcohol, en nuestra sociedad mexicana el consumo del alcohol en mujeres no es un tema que se hable abiertamente, pero que no por ello deja de presentarse. Por lo que en la presente investigación se tomará en cuenta el abuso del alcohol en ambos sexos al igual que la codependencia que éstos pudieran presentar.

También pretende ser un medio de información en el ámbito del alcoholismo y como éste involucra, a las personas que tienen una relación de pareja codependiente. Resaltando cómo los hijos de un padre alcohólico, son vulnerables a seguir patrones de conducta, en muchos de los casos por falta de información adecuada.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ALCOHOLISMO

La palabra alcohol proviene del árabe alkuhl, que se refiere a algo sutil al “espíritu” del vino. El nombre químico del alcohol es etanol o alcohol etílico. El alambique, aparato para destilar el alcohol, fue inventado por los árabes por los años 800, e introducido a Europa hacia 1250. Además de su contenido de alcohol, las bebidas contienen otros elementos químicos que le imparten sabor, color, olor y otros efectos característicos.

El alcohol ingrediente químico de las bebidas destiladas del vino y la cerveza, es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras, aunque existen muchos alcoholes, el que se puede ingerir en la llamadas bebidas alcohólicas es el alcohol etílico, de ahí su nombre “etilismo”, se trata de una sustancia incolora, inflamable, que tienen un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por su acción germicida, se puede clasificar como alimento ya que contiene calorías, pero no tiene ningún valor nutritivo. La bebida se obtiene de diversas fuentes de azúcar mediante el proceso de fermentación. La cerveza, por ejemplo, proviene de la malta o cebada germinada, el vino de las uvas, el whisky de ciertos granos y el ron de la mezcla de la caña de azúcar. Los licores sufren un proceso ulterior, el de la destilación, que se produce con una mayor concentración de alcohol por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y otras más se les llaman “bebidas destiladas”. Estas últimas prácticamente carecen por completo de valor alimenticio. La cerveza contiene carbohidratos y proteínas que son dos de las tres principales categorías de alimentos (la otra, la constituyen las grasas). El vino también es un alimento líquido que proporciona entre 600 y 1000 calorías por litro, dependiendo de su contenido de azúcar (Velasco Fernández, 2002).

Los efectos del alcohol probablemente han sido conocidos por la humanidad desde los principios de su historia, pues las condiciones necesarias para su producción han existido desde hace milenios: azúcar, agua levadura. El proceso por medio del cual estos elementos se mezclan para formar el alcohol se denomina fermentación. Elefantes, mandriles, pájaros cerdos, salvajes y hasta abejas buscan la fruta fermentada quizás no solo por los altos contenidos de azúcar sino, también por su contenido de alcohol (Velasco Fernández, 2002).

Los estudios de las más antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un periodo cercano a los 4 000 años antes de cristo. Parece, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5 000 años, y no existe ninguna razón para suponer que lo ingiera sólo para degustarlo.

Si bien los irlandeses reclaman para sí el conocimiento inicial de la destilación, los árabes se consideran los inventores, unos 2300 años antes que ellos. El ingenioso proceso fue también conocido por los griegos y los chinos de la antigüedad. La verdad sea dicha, las bebidas alcohólicas producidas por fermentación, a partir de un sorprendente número de sustancias, ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas, con ello se puede decir que los males psicológicos, físicos y sociales a que da lugar el consumo excesivo de alcohol han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades (Velasco Fernández, 2002).

Desde el principio hubo la tendencia a relacionar las bebidas alcohólicas con el sentimiento religioso. Así fue como los egipcios dieron crédito a Osiris por haber permitido conocer el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco o Dionisos, y todos creyeron que las acciones de sus dioses, en este sentido, fueron buenas y contribuyeron a enriquecer sus tradiciones. (Velasco Fernández, 2002).

En México prehispánico, el alcohol, representado por el octli o pulque, dejó también su huella impresionante en el aspecto social. La importancia del pulque (octli) se ve sobre todo en el papel que desempeñaban en la religión los dioses de la bebida y de la embriaguez. Eran los dioses lunares y terrestres de la abundancia. También es verdad que se ha atribuido al pulque, desde aquella época, virtudes curativas (Velasco Fernández, 2002).

Durante la Edad Media el alcohol se utilizó como remedio para prácticamente todas las enfermedades, de hecho en galés la palabra whisky significa "agua de vida". No obstante hoy se reconoce que el alcohol tiene un valor terapéutico extremadamente limitado. En el mercado existen concentrados de alcohol con aplicaciones industriales y médicas. En el primer caso se utiliza como solvente o diluyente en la manufactura de pinturas y otros productos. En usos médicos se emplea externamente para desinfectar la piel debido a su acción bactericida; también se usa para curar algunas lesiones de la piel y para disminuir la sudoración. (Velasco Fernández, 2002).

Durante siglos la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas no fue considerada como un problema médico ni de preocupación social, sino como una debilidad propia y deseable de la naturaleza humana. Las referencias históricas, bíblicas y literarias a través de los siglos, mencionan al bebedor sus circunstancias y consignan todo el escenario en que el hecho se da, pero nunca se habla de la patología, y si se menciona, se refiere al "pecado de la gula", a la dispersión o a "la intemperancia" englobando en ello a los estados de embriaguez. A este último término, inclusive se le confirió además toda una significación literaria o poética, que en muchos estaba asociada a estados placenteros y sublimes; centenares de frases se emplean como Eufemismo sinónimos de bienestar "espiritual" el verbo embriagar, utilizándolo además, frecuentemente como manifestación personal del amor. (Lammoglia, 2004). La literatura guarda dentro de sus cientos de miles de obras, muy pocas en las que no se mencione con frecuencia el gusto o el placer por el vino o algunas otras bebidas alcohólicas.

La aparición del psicoanálisis orientó el interés, de los estudios hacia las investigaciones psicológicas, sistemáticas de la personalidad del enfermo emocional o del paciente con enfermedades mentales, así como de su familia y su medio social. Durante el periodo científico contemporáneo, la medicina ha dirigido su interés a los estudios biológicos y particularmente, hacia las complejas desviaciones del metabolismo, los trastornos carenciales y las perturbaciones del metabolismo, las enfermedades mentales, o bien, de las alteraciones de la conducta, el carácter y la personalidad de los enfermos emocionales, entre los que se encuentra el enfermo alcohólico (Lammoglia, 2004).

En nuestro país como muchos otros en el mundo occidental, se intenta manejar un concepto científico operacional sobre el alcoholismo. Hasta finales de la década de los treinta, un médico norteamericano, que pasó casi desapercibido para el mundo científico de la época aportó muchas de las bases médicas de lo que constituye a la fecha el único recurso humano conocido para la obtención de la sobriedad en el alcohólico, el doctor William Duncan Silkworth, cit. en Lammoglia, (2004). Él fue el que proporcionó el primer concepto claro sobre la enfermedad, que alertó a la comunidad para iniciar definitivamente la comprensión del problema al considerar al alcohólico como una enfermedad consistente en una “alergia” física de origen genético, aunado a una obsesión mental. A sus observaciones siguieron en 1945 los estudios de Jellinek, médico con mayores conocimientos sobre la enfermedad alcohólica en su etapa de actividad que ha dado la humanidad hasta hoy, pionero y contemporáneo en el estudio de la genética y la herencia constitucional del enfermo alcohólico.

En el caso del alcohólico, la responsabilidad de los factores ambientales parecía ser una evidencia, sin embargo, diversos estudios han aportado pruebas incluyentes de la intervención de los factores genéticos por lo menos en el varón. La naturaleza genética exacta de este factor hereditario no se conoce todavía con certeza. Las investigaciones de Floyd Bloom (1976); cit. en Lammoglia, (2004), sobre la estructura química, la bioquímica y la fisiología de los neuropeptidos y específicamente sobre betaendorfinas y encefalinas, parecían aclarar, si no el mecanismo bioquímico de acción del alcohol sobre algunos seres humanos aplicaba un horizonte en la comprensión de las diferencias individuales en el terreno biológico cerebral sobre el cual iba a actuar el alcohol.

Bloom, 1976 cit. en Lammoglia, (2004). observó que las encefalinas podían servir como moduladores de sistemas neuronales relacionados con los fenómenos de satisfacción y búsqueda y que las variaciones normales, cualitativas y cuantitativas, en los mecanismos homeostáticos que regulaban la conversión de un precursor en una o varias endorfinas, constituían un sistema involucrado en mantener un equilibrio conductual; señalando además que cualquier cambio, por sutil que fuera, en los mecanismos biológicos que regulan la conversión del precursor como la betalipotropina en endorfinas, podría conducir a la aparición de síntomas y signos de enfermedades emocionales y mentales. No fue sino hasta mediados del siglo XX, cuando en una reunión internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se

reconoció que esta enfermedad tenía que ver con problemas de índole psicológica del individuo que consumía en exceso, por lo cual se abrió, por fin, la puerta a los investigadores de la mente. Sin embargo, años más tarde, también se decidió que era una enfermedad no sólo psicológica sino también social, por lo cual, casi a finales de la década de los sesenta, aparecen por primera vez los estudios sociales y culturales acerca del consumo del alcohol (Medina - Mora, 1988).

Por lo que es importante destacar que el alcohólico mantiene una dependencia que se caracteriza por el hecho de no poder abstenerse del consumo de la sustancia, aun siendo consciente de las dificultades que le causa. Para desarrollar la dependencia es necesario abusar del alcohol. Para definir el comportamiento adictivo, se evalúa el desarrollo de la tolerancia, dependencia y la aparición del síndrome de abstinencia. . La dependencia del alcohol afecta la salud física y mental, y causa problemas con la familia, los amigos y el trabajo (Berruecos, 2000)

Aunque hay informes de estudios médicos enfocados a los efectos del consumo del alcohol en el organismo humano y que datan de finales del siglo XIX, la investigación psicosocial y cultural sobre este problema en nuestro país se remonta apenas a la década de los setenta, con el surgimiento del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRF) y su División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, que es la que más estudios ha hecho en la materia. De entonces a la fecha, se han hecho varias encuestas nacionales de adicciones a partir de 1988 (SSA., 1998) entre las cuales se incluye al alcohol, como una de las principales drogas de consumo en México; desafortunadamente, la mayoría de ellas tienen un enfoque más urbano que rural. También existen varios estudios en población infantil, adolescente, escolar, universitaria y de la tercera edad (Berruecos, 2000)

La única acción oficial importante en los últimos años es la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Si el alcohol forma parte importante de los ciclos de vida que se inician con el pedimento de la novia hasta el nacimiento del hijo y su paso por los diferentes procesos y momentos sociales (Rivera Cruces, 2001 y García Salgado, 2001); así el alcohol es parte de las tradiciones y costumbres de los pueblos desde tiempos ancestrales (Vargas Guadarrama, 1999 y Medina-Mora, 1999)

Cuando decimos “presencia de alcohol” queremos decir también “presencia de alcoholismo”, ya que de las teorías que existen sobre las causas de esta enfermedad, se puede decir que donde se consumen bebidas alcohólicas, se establecen indudablemente las condiciones para que se origine el alcoholismo en un porcentaje variable de la población. La población mexicana consume cada vez mayor cantidad de bebidas de alto contenido alcohólico. El cambio reciente es notable en ese sentido, y la importancia de este dato con el alcoholismo esta relacionado, con los efectos negativos de carácter social violencia física, accidentes, etc. (Velasco Fernández, 2002).

“Los alcohólicos” son los bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás, su comportamiento social y en el trabajo, “esta definición tuvo mérito de introducir la idea de *dependencia* que esta implícita desde entonces, en todas las opiniones posteriores. Se dice que alguien es “dependiente” de una droga (en este caso el alcohol, cuando la desea con vehemencia porque se ha habituado a ella y la necesita; si no la ingiere aparecen síntomas orgánicos que eventualmente pueden llevar hasta la muerte, se habla de dependencia física y si al suspender su administración no ocurre ningún trastorno serio, se llama dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas y por ello el alcoholismo está considerado como una verdadera farmacodependencia, término que se ha sustituido gradualmente al de drogadicción (Velasco Fernández, 2002).

CAPÍTULO II

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL EN MÉXICO

El estudio en México del consumo del alcohol, ha tenido importantes avances a través de los años se podría decir que existe un mayor conocimiento sobre el problema, y la calidad de las investigaciones ha mejorado notablemente. Por supuesto todavía existen limitaciones importantes y elementos que aún no se han investigado. (Tapia, 2001).

El panorama epidemiológico del país presenta importantes retos para la política de salud. El abuso representa un elevado costo derivado del consumo crónico, que se relaciona principalmente con la dependencia, la cirrosis, la depresión y otras patologías psiquiátricas; sin embargo, también se asocia con la atención de otras complicaciones médicas, de la intoxicación aguda por atención a lesiones en salas de urgencia, y con costos para la familia derivados de problemas laborales, económicos, de violencia, etc. (Tapia, 2001).

Los datos epidemiológicos señalan una proporción importante de menores que consumen bebidas alcohólicas y una proporción pequeña pero no por eso menos preocupante de menores que consumen grandes cantidades de alcohol (Tapia, 2001)

El consumo de alcohol es parte de un proceso global que implica actividades relacionadas con su producción y distribución la vida social alrededor del consumo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber o para no hacerlo, el consumo moderado o problemático y la dependencia, las consecuencias sociales derivadas del abuso, mortalidad por alcohol, las políticas del sector salud y otros sectores no siempre similares y la percepción que la sociedad civil tiene sobre la ingestión alcohólica (Tapia, 2001)

En México se cuenta con estudios que, arrojan información sobre prevalencias y patrones de consumo; también dan a conocer variables que pueden influir en la etiología o en las consecuencias del consumo de alcohol y que contribuyen a identificar factores de riesgo, como accesibilidad y disponibilidad, normas sociales percibidas, actitudes y creencias en relación con esa sustancia (Tapia, 2001).

Estos resultados permiten situar el consumo de alcohol como un problema de salud pública, tanto como sus consecuencias sociales y de salud, como por ser, hasta el momento la sustancia de mayor consumo en México. Por ello profundizar y actualizar

el conocimiento sobre el consumo de bebidas alcohólicas, sus posibles causas, su repertorio de consecuencias y su distribución demográfica, facilita la toma de decisiones en cuanto a prevención y tratamiento (Tapia, 2001). Es por ello que se presenta una cronología de los diferentes estudios realizados en nuestro país acerca del consumo de alcohol:

La tradición en la investigación es amplia, los primeros estudios que se publicaron datan de finales del decenio de 1970 fue realizado por Cabildo en 1967 cit. en Tapia, (2001). El interés se concentró en el alcoholismo definido con criterios estrictos, detectándose una prevalencia de alcoholismo de 0.7%. Posteriormente, el interés se amplió para considerar al consumo como tal.

México participo en 1979 en una investigación de la organización mundial de la salud (OMS) este estudio no sólo analizó la forma de beber sino también las normas sociales, las ocasiones de consumo y otras variables que permitieron dar contexto al fenómeno, además aportó explicaciones interesantes de la alta tasa de problemas que se observa en México, (Tapia, 2001). A pesar de tener índices de consumos similares o inferiores a los observados en otras culturas. El estudio sólo comprendió a los habitantes de una zona urbana y otra rural, ambas del sur de la ciudad de México, donde la prevalencia de abstemios en ambas fue de 67 % de la misma manera, 85% de los varones notificaron haber consumido bebidas alcohólicas 12 meses previos al estudio. Esta frecuencia se redujo para la frecuencia de mujeres a 48 %, y tan sólo 5 % de estas comunicaron haber consumido bebidas alcohólicas por lo menos dos veces al mes en comparación con 37 % de los varones. Al analizar la diferencia entre comunidades urbanas y rurales se encontró que en las segundas coexistían mayores índices de abstención y de consumo excesivo, así como de problemas derivados de esta forma de beber (Tapia, 2001).

En 1988 la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría llevaron acabo la primera encuesta nacional de adicciones (ENA_88; cit. en Tapia, 2001). la cual mostró que 27.6% de la población entre 12 y 17 años consumía bebidas alcohólicas cifra que casi se duplica en el grupo de edad de 18 a 65 años, abarcando 53.5%. Al analizar estas cifras según el sexo, la proporción de varones y mujeres en el primer grupo de edad correspondía a 31.9 y 22.9% respectivamente, mientras que en el segundo grupo eran 2.3 veces más elevado el número de consumidores masculinos (73.4%) que el femenino, el cual era 1.5 veces mayor, con 36.5%.

En esta encuesta también se encontró que entre los bebedores frecuentes 31.1% eran varones y 5 % mujeres. La población abstemia en el grupo de 18 a 65 años represento 46.55 del total. Según el sexo, 26.6% eran varones y 63.5% mujeres. Los problemas derivados del consumo fueron elevados, por ejemplo uno de cada diez varones notificó haber tenido problemas en el trabajo, 15% se vieron involucrados en peleas, 8% tuvieron problemas con la policía y 18% presentaron algún problema de salud, aunque los índices son elevados, estos problemas se presentan cuando se

consumen grandes cantidades (Tapia, 2001). En ese mismo estudio se analizó a la población femenina en edad reproductiva con el propósito de conocer el panorama del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia. De las mujeres que habían tenido algún embarazo 16.8% refirieron haber consumido bebidas alcohólicas durante su última gestación 8% bebieron de acuerdo con su patrón habitual y 5.7% lo disminuyeron. De las que amamantaron a su último hijo, 7.4 % consumieron bebidas alcohólicas. El consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia se asoció con un mayor índice de problemas (Tapia, 2001).

En 1993 la Dirección General de Epidemiología realizó la segunda encuesta Nacional de Adicciones (ENA-93; SSA, 1990), reveló una prevalencia total de 66.5% de bebedores entre los 12 y 65 años de edad (definidos como aquellos que consumieron alcohol en los últimos dos años previos a la entrevista). Los no bebedores (aquellos que refirieron haber consumido bebidas alcohólicas), representaron 25.4% y los ex bebedores (aquellos que habiendo consumido en cualquier cantidad y frecuencia, no lo habían hecho durante los dos últimos años), representaron 8.1%. La (ENA-93) proporcionó información para un mayor número de regiones se observó que 78% de la población entrevistada en la región occidental (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas) eran bebedores (cifra por arriba de la media nacional que fue de 66.5%). El menor índice (54.4%) se observó en la región nororiental (San Luis Potosí, Nuevo León y Tamaulipas). La tercera encuesta se levantó en 1998, (ENA- 98) comprendió también a la población que habita viviendas normales en el país, los principales resultados confirman los altos índices de abstención (42% de la población de 18 a 65 años), índice ligeramente inferior al observado 10 años antes, 46.5% en 1988. La abstención entre varones fue ligeramente inferior en 1998 en comparación con la observada en 1988 (23 y 27% respectivamente) pero el mayor cambio se observó en la población femenina entre quienes la abstención disminuyó de 63.5 a 55.3%. Sólo 9% de los varones entrevistados en esta última encuesta notificó nunca haber bebido alcohol, esto mismo se observó en 38% de las mujeres. Las razones más importantes del no consumo fueron el que no les llamaba la atención (74% de las personas que nunca han bebido alcohol) por no acostumbrarse en casa (13%) por motivos religiosos (7%) y por tener miedo a tener un problema (5%) (Tapia 2001).

Ahora bien, 16 de cada 100 personas entrevistadas notificó ser ex bebedor, con una mínima diferencia entre varones (14%) y mujeres (18%), y 3.9 y 0.4% respectivamente, dijeron haber dejado de beber alcohol por tener algún problema con el manejo de esta sustancia. Al igual que las encuestas anteriores, el índice mayor de bebedores se ubica en la edad media del bebedor, esto es, entre los 30 y 49 años de edad; sin embargo, a mayor reducción de abstemios detectada en esta tercera encuesta en relación con la encuesta de 1988, se observó en el grupo de 50 a 65 años, entre quienes la abstención se redujo de 58 a 50% (Tapia, 2001).

La última encuesta de Adicciones fue realizada en el 2002 (ENA-2002) en el capítulo de bebidas alcohólicas se basa en las respuestas de la población rural y urbana entre 12 y 65 años de edad, que habita en viviendas normales, sobre el consumo de

diferentes tipos de bebidas. Se recabó información sobre la frecuencia y cantidad de consumo de cerveza, destilados, vino de mesa, pulque y alcohol de 96 como bebida alcohólica. Se estimó el índice de bebedores definidos como aquellos que habían consumido bebidas con alcohol en los doce meses previos al estudio y abstemios quienes no habían bebido en este tiempo, éstos a su vez se dividieron entre los que nunca habían bebido alcohol y aquellos que habían dejado de hacerlo en atención a las razones para no beber. Se estudiaron los problemas asociados con el abuso de alcohol y se estimó el índice de dependencia.

CONSUMO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS

Cerca de tres millones de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo. El consumo en la población urbana alcanza 35% (1'726,518) de la población masculina y 25% (1'252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor 14.4% (543,197), 18% (357,775) en los varones y 9.9% (185,422) en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres. La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas. (ENA-2002).

Las consecuencias del abuso reportadas con mayor frecuencia por este grupo son los problemas con la policía suscitados mientras usaba bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de conducir automóviles, mismos que como era de esperarse, fueron más frecuentes entre los varones (9.7% de los hombres urbanos y 2.9% de los hombres rurales). Este problema sólo fue reportado por 1.2% de las mujeres urbanas y no se observó entre las adolescentes rurales). En segundo lugar se reportó haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando (3.6% de los hombres urbanos y 1.8% en los hombres rurales), solamente 0.3% de adolescentes urbanas reportaron esta conducta. En tanto, (28,538) adolescentes urbanos que representan 1.7% de este grupo reportó haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado unas copas. En total (281,907) adolescentes (2.1% de la población rural y urbana) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observó entre los hombres rurales (4.1%). (ENA-2002)

CONSUMO EN POBLACIÓN ADULTA

En la población urbana existen (13'581,107) hombres (72.2% de la población urbana masculina) y (10'314,325), (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio; en la población rural hay (543,197) bebedores más, (357,775), (18.9%) varones y (185,422), (9.9%) mujeres. El 44.4% de la población urbana y el 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios, es decir no consumieron alcohol en los doce meses previos al estudio, con una razón de dos mujeres por cada varón. El 20.7% en la población urbana y el 10.3% en la población

rural reportaron ser ex – bebedores. Del total de abstemios, 5 de cada 100 hombres y 4 de cada 100 mujeres que habitan zonas urbanas y 10 de cada cien hombres y cinco de cada cien mujeres que habitan en zonas rurales, reportaron no haber bebido por miedo a padecer un problema y 6% reportó no beber por motivos relacionados con su religión. La cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo, en tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas y para los rurales de 5 a 7 copas (ENA-2002).

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón. En las poblaciones rurales se observa la misma preferencia por estos patrones de consumo. Los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado, (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son considerablemente menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos del 3% el primer lugar lo ocuparon los hombres rurales con 10.5% de la población total que vive en este tipo de comunidades, en segundo lugar, los hombres urbanos con 9.3%. Los índices en las mujeres son muy inferiores, 0.7% entre aquellas que viven en comunidades urbanas y 0.4% entre quienes viven en comunidades rurales (ENA-2002).

TENDENCIAS EN POBLACIÓN URBANA

ADOLESCENTES

Los datos de la encuesta reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002 (ENA-2002).

ADULTOS

El número total de bebedoras frecuentes y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio, se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002; 0.8% y 0.7% de bebedoras consuetudinarias, y 1% y 0.7% con dependencia. Sin embargo se observó un aumento

en el número de bebedoras moderadas altas (de 2.6 % a 3.7%) En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en este período. Se observa también una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores frecuentes pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6% y 9.3% respectivamente. En ambas encuestas se reportó aproximadamente el mismo número de varones que nunca habían consumido alcohol, 8.7% y 9.7%, pero se observó un incremento en el número de ex bebedores ya que mientras que en 1998, 14.4% de los abstemios reportó haber bebido en el pasado, en 2002 esta proporción aumentó a 18% (ENA-2002).

NORMAS SOCIALES

Las expectativas culturales se reflejan en las normas sociales, definidas como una regla en relación con las conductas específicas y en un escenario cultural determinados. Estas reglas pueden variar por subgrupos de la población, por ejemplo, reglas para varones y para mujeres, reglas para los distintos niveles socioeconómicos o grupos de edad, y reglas para las diferentes situaciones en las que se encuentra el individuo. Las normas moldean el consumo y los problemas asociados con esta práctica. Algunos problemas se derivan directamente del consumo, en tanto que otros estarán determinados por el hecho de violar una regla específica. Así cualquier persona que bebe en exceso estará en riesgo de sufrir un accidente si maneja en estado de ebriedad, pero la connotación social será diferente si el evento lo sufre un varón o una mujer. Los estudios realizados en nuestro país muestran como las normas sociales están más relacionados con quien puede o no beber, dejando de lado la moderación en general, se considera que las mujeres no deben beber, y es aceptado que un varón se embriague de vez en cuando. Estos dobles parámetros sin embargo, los apoyan tanto varones como, mujeres jóvenes y adultos (ENA-2002).

COMORBILIDAD

El consumo de bebidas alcohólicas se ha consolidado como uno de los principales factores de riesgo en México, y hoy en día constituye un evento importante en el panorama epidemiológico del país, asociadas al consumo del alcohol en la población de edad productiva, se encuentran los accidentes seguidos por cirrosis, y otras enfermedades crónicas del hígado, luego está el homicidio y las lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, enfermedades del corazón enfermedades cardiovasculares, suicidio así como el síndrome de dependencia al alcohol (ENA-2002).

En México, las tasas de muerte son las más altas del mundo y ocupan el primer lugar de causas de muerte en la población masculina joven (30.7 por 100 000 habitantes). Las tasas de mortalidad general no han sufrido variaciones en los últimos años, sin embargo, la relacionada con el alcohol aumentó de 7.8 en 1970 a 13.0 en 1994. La enfermedad del hígado, la pancreatitis, los desórdenes cardiovasculares, y el daño cerebral son sólo algunos de las múltiples consecuencias del abuso de bebidas

alcohólicas. El hígado dada su función como primer órgano metabolizador del alcohol es particularmente vulnerable a daño debido al consumo crónico. En relación con la comorbilidad psiquiátrica algunas de las patologías que se mencionan en diversos estudios se presentan principalmente en varones que refieren ser bebedores excesivos; la sintomatología depresiva, la personalidad antisocial, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia. En cambio en las mujeres, la depresión mayor, los trastornos por ansiedad y el consumo de drogas, padecieron al abuso del alcohol. Los índices de urgencias traumáticas con niveles altos de alcohol en la sangre son superiores a los observados en otros países. En México, 20.9% de los ingresos en las salas de urgencias por eventos traumáticos tuvieron lecturas positivas de alcohol en la sangre. De esta revisión se confirman los altos costos que el abuso de alcohol representa para México. (ENA-2002)

SISTEMA DE REGISTRO:

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, (1990), permite contar con información sobre el uso y abuso de alcohol y su relación con el consumo de otras drogas, de acuerdo con cuatro indicadores: centros de tratamiento servicio de urgencias médicas, mortalidad y delitos contra la salud. (ENA-2002). De acuerdo con la información del SISVEA que surge de los pacientes que acuden a centros de tratamiento, el consumo de alcohol representa una función importante como droga de inicio; desde 1991 se ha mantenido, junto con la marihuana e inhalantes, entre las tres drogas preferidas por los pacientes que consumen marihuana, cocaína como segunda droga de elección, más del 90% iniciaron con el alcohol. (ENA-2002).

CAPÍTULO III

ETIOLOGÍA DE LOS PROBLEMAS DE BEBIDA

La etiología del abuso de alcohol se relaciona fundamentalmente con factores como son: A) el medio socioambiental; B) la constitución hereditaria y los rasgos de personalidad del sujeto; C) los factores de aprendizaje inherentes a las experiencias propias y a las conductas adquiridas por imitación; así como las expectativas; D) las propiedades farmacodinámicas características del alcohol. Pero el abuso de alcohol no está siempre arraigado en un trastorno de personalidad, como tampoco es siempre el resultado de la falta de habilidades sociales o consecuencia de la soledad o de la frustración afectiva. Por otra parte, conviene distinguir entre los factores de inicio en la bebida y los factores de mantenimiento. Es decir, lo que indujo a una persona a comenzar a beber en exceso en el pasado, teniendo variables psicosociales que contribuyen a mantener ese consumo abusivo. Por ello el conocimiento de las variables que afectan a la dependencia del alcohol es de excepcional importancia. Solo de este modo se pueden establecer programas terapéuticos específicos y diseñar unas estrategias de intervención efectivas, orientadas especialmente a la población de alto riesgo (Secades, 1996).

FACTORES SOCIALES

Hay una relación directa entre el consumo total de alcohol de una población y el número de personas que tienen problemas con esta sustancia. Toda cultura que consume colectivamente una droga – el alcohol en este caso llega a alabar al máximo sus valores positivos y a minusvalorar sus efectos nocivos. Todo ello es resultado de la mentalidad de usuario inducida, que es fruto, a su vez, de los intereses económicos, que giran alrededor de la venta y distribución de dicha sustancia. La aceptación social y la disponibilidad ambiental (bajo precio, ausencia de restricciones, etc.) del alcohol, junto con el aumento del poder adquisitivo, constituyen un factor determinante en el consumo normal y patológico de esta sustancia. Todas las fluctuaciones de estos factores pueden explicar las amplias variaciones entre países y momentos históricos en relación con la ingesta de alcohol (Secades, 1996).

El consumo de esta sustancia influido por una presión colectiva más o menos sutil, está asociado a los hábitos de alimentación, a la búsqueda de diversión, de nuevas sensaciones, a la hospitalidad y a la coerción grupal. El caso de muchas jóvenes, a una equiparación igualitaria a los comportamientos de los chicos. El afán de identificación en los adolescentes en el mundo de los adultos o de los compañeros de mayor edad, junto con la inexperiencia previa pueden acentuar los problemas relacionados con la ingesta de alcohol (Secades, 1996; cit. en Echeburúa, 2001).

Por otra parte hay ciertas conductas sociales, como la integración en el grupo, las relaciones sexuales, la actuación en público, etc., que se ven facilitadas en muchos casos por el efecto desinhibidos del alcohol. Los subgrupos de delincuentes son más proclives a adoptar pautas de comportamiento no habituales en el consumo de alcohol como forma de integración en una subcultura grupal. La incorporación del alcohol a todo tipo de relación social ya desde la adolescencia, favorece a una falta de conciencia de los problemas que un uso inadecuado puede llevar consigo. No se debe olvidar que los bares son un lugar adecuado en nuestra sociedad para establecer buenas relaciones. El cierre de una operación de venta los contactos políticos, las informaciones de prensa la inauguración de un curso o una muestra artística, etc. tienen lugar frecuentemente en un bar o, al menos en torno a unas copas. Todos estos factores ambientales, junto con los de aprendizaje social se hacen presentes (Rodríguez – Martos, 1999; cit. en Echeburúa, 2001).

FACTORES SOCIOCULTURALES

El por qué el alcoholismo se encuentra tan extendido en algunos grupos nacionales, culturales y religiosos, en tanto que es más raro o excepcional en otros. Pero numerosos estudios han servido para señalar algunos hechos que indudablemente influyen sobre la incidencia o la ausencia del alcoholismo en los diferentes grupos sociales, las religiones y las naciones, hoy en día se sabe acerca de las diferencias socioculturales que agravan el problema en el norte de Francia, y en los países como Suecia, Suiza, Polonia, Rusia, y Estados Unidos, en tanto que permiten un porcentaje de individuos alcohólicos relativamente bajo en Grecia, China e Israel (Velasco Fernández, 2002).

En general las investigaciones coinciden en que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen algunas de las siguientes características: (Velasco Fernández, 2002).

- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluida.
- Las bebidas se consideran principalmente como alimentos, y se consumen generalmente en las comidas.
- Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así el ingerirlo no es tan virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
- En cambio no es socialmente aceptable el exceso en el bebedor que conduce a la intoxicación.
- Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que puede llamarse las “reglas del juego del bebedor”.

Por otro lado el doctor Bales cit. en Velasco Fernández, (2002). Basándose en la revisión de numerosos estudios socio cultural y transculturales, ha propuesto la

existencia de tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo:

- El grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas.
- La actitud de la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol.
- La medida en que provee medios sustitutivos para la satisfacción de necesidades.

FACTORES BIOLÓGICOS

No es aventurado pensar que los distintos grados de resistencia biológica ante el abuso de alcohol reflejado de la interacción entre la sustancia adictiva y el organismo se relacionan con factores hereditarios y constitucionales. Los hijos de alcohólicos constituyen un grupo de alto riesgo. En concreto, la probabilidad de que un hijo tenga problemas con la bebida cuando es alcohólico alguno de los padres, es de un 25 %; pero si ambos padres son alcohólicos, la probabilidad es superior al 50%. Sin desdeñar el papel que la convivencia puede desempeñar en el aprendizaje de la adicción, los factores genéticos parecen tener un cierto peso en la propensión de alcoholismo. Así parecen atestiguarlo algunos hechos estudiados: los gemelos monocigóticos, que tienen una dotación genética idéntica, presentan un mayor índice de concordancia en el consumo abusivo de alcohol que los gemelos dicigóticos. Los niños adoptados procedentes de padres alcohólicos tienen en mayor medida problemas con la bebida que en los adoptados en cuyos padres no lo son (Echeburúa, 2001).

Los niños con riesgo de convertirse en adultos con problemas de bebida experimentan con frecuencia en la infancia déficit de atención e hiperactividad, que, a nivel neurobiológico, pueden ser reflejo de la menor biodisponibilidad Interneuronal de un neurotransmisor (dopamina) en el circuito neuronal del córtex prefrontal, vérmix cerebeloso y los ganglios basales en relación con las personas normales. Todo ello lleva una tendencia a mostrar conductas impulsivas e incluso antisociales y en último término a una mayor probabilidad de fracasar en la escuela. Es decir tienen dificultades para regular su conducta con arreglo a las normas sociales estructuradas, en cualquier caso más que los lazos genéticos directos, parecen existir predisposiciones fisiológicas. En concreto, en mayor o menor tolerancia gastrointestinal al alcohol (capacidad de consumir mas cantidad sin que aumenten los efectos negativos y mayor sensibilidad al disfrute de la bebida o al efecto del alivio del estrés). Por ejemplo una persona con poca tolerancia gastrointestinal para el alcohol tiene una escasa probabilidad de hacerse adicto por que no se adapta bien a la presencia del alcohol en su cerebro (Echeburúa, 2001).

Por otra parte las personas que abusan del alcohol con antecedentes familiares de alcoholismo presentan un inicio más precoz del cuadro clínico, una mayor gravedad, un acompañamiento mas frecuente de otros trastornos mentales y en último término una

mayor resistencia al tratamiento. La probabilidad de tener hijos alcohólicos cuando los padres también lo son es de 4 a 5 veces superior a cuando los padres no tienen problemas con la bebida. Lo que ocurre en estos casos es que a la predisposición hereditaria se une un aprendizaje temprano en el consumo abusivo del alcohol. Se trata, por tanto de una interacción entre los factores hereditarios y ambientales (Edwards, 1986; cit. en Echeburúa, 2001).

FACTORES FISIOLÓGICOS

La ingestión continuada de alcohol estimula la producción de las sustancias que son necesarias para metabolizarlo. Los investigadores encontraron que tanto los individuos alcohólicos como los normales, cuando son estudiados bajo una situación controlada, aumenta la velocidad de metabolización del alcohol, si este se administra en grandes cantidades por un periodo de dos semanas. Ambos grupos muestran también un aumento en la producción de cortisona; en los sujetos alcohólicos, la producción de cortisona parece formar parte de una reacción general al consumo de alcohol, y es posible que este asociado con el aumento de la ansiedad durante el periodo de mayor ingestión y quizás también durante la presentación de los síntomas de abstinencia. Los individuos que no son alcohólicos no muestran en general incrementos sostenidos tan altos en la producción de cortisona, ni tampoco los síntomas intensos de supresión del alcohol al terminar el periodo de ingestión del mismo, todo lo cual significa una clara diferencia fisiológica con los hábitos a la alcoholización prolongada. Sin embargo, con frecuencia resulta difícil saber si lo que parecen respuestas metabólicas y fisiológicas específicas del alcohol no son, en realidad los efectos y no las causas de la ingestión excesiva del alcohol, por ello se puede decir que la naturaleza del proceso de farmacodependencia al alcohol, el desarrollo de los cambios fisiológicos a nivel de todo el organismo y de las alteraciones del sistema nervioso central que definen la adicción al alcohol, son asuntos los cuales se siguen estudiando, ya que no es un tema con conclusión ni cerrado aun (Velasco Fernández, 2002).

La evolución del alcoholismo, tiene una acción depresora sobre el sistema nervioso central determinada por la duración y la cantidad de la ingestión: una vez que ha sido metabolizado y sus efectos han desaparecido, el tejido nervioso reacciona con mayor excitabilidad durante un periodo proporcional. Las manifestaciones clínicas, mientras dura la acción depresora, van desde fenómenos psíquicos relativamente simples, hasta la supresión de los centros vitales de la muerte, los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común “a la mañana siguiente” en forma de temblores y agitación, angustia que pueden ser aliviadas temporalmente con una nueva ingestión de alcohol. Esta mejoría de la fase de excitación mediante nuevas dosis, se va haciendo cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa. Eventualmente se convierte en una necesidad y llega a establecerse una dependencia física y psicológica (Velasco Fernández, 2002).

FACTORES PSICOLÓGICOS

Hay ciertas personalidades que están más predispuestas son más vulnerables al consumo abusivo de alcohol, sobretodo si cuentan con modelos de aprendizaje facilitadores de la ingesta excesiva de esa sustancia, propuesto por García (1994); cit. en Echeburúa, (2001).

A) Vulnerabilidad psicológica

No existe un perfil de vulnerabilidad adictiva capaz de predecir la bebida excesiva. En primer lugar porque los problemas de bebida constituyeran una meta a la que se puede llegar por diferentes caminos. En países como Francia o España, en donde la elevada tasa de alcohólicos está en función de los altos niveles de consumo en la población, hay muchos pacientes con una personalidad normal o cercana a la normal. No es el caso, sin embargo, de otros países en donde los niveles de consumo de alcohol son tan pequeños que solo los miembros mas vulnerables llegan a tener problemas con la bebida. Y en segundo lugar porque la dependencia al alcohol genera una cierta uniformidad en las pautas de conducta de los bebedores: el autoengaño y la percepción distorsionada de la realidad; la inmadurez emocional, la dependencia de los demás y la depresión, que es resultado de la esperanza referida a la capacidad para controlarse con la bebida o a los fracasos familiares, sociales y laborales experimentados (García, 1994; cit. en Echeburúa, 2001).

Ha habido algunos intentos por determinar la vulnerabilidad psicológica a los problemas de bebida a partir de la personalidad previa de los sujetos en la infancia y la adolescencia. Según este enfoque los niños, prealcohólicos tienden a ser inestables emocionalmente, con baja autoestima, extrovertidos, impulsivos, agresivos, poco tolerantes a la frustración y con una integración familiar defectuosa. En general se trata de adolescentes buscadores de sensaciones fuertes, con una intolerancia ante el aburrimiento y un afán de riesgo, que presentan dificultades antisociales más que síntomas propiamente neuróticos. Cuando beben, las personas introvertidas se vuelven habitualmente más sociables, se relajan y se integran más fácilmente con los demás. En cualquier caso, la predicción de un mayor o menor riesgo deriva, más de una personalidad previa, de las actitudes ante el consumo de alcohol y de los estilos de afrontamiento utilizados para hacer frente a la situaciones difíciles es decir, los condicionantes actuales (actitud, expectativas, estrategias de afrontamiento etc. (García, 1994; cit. en Echeburúa, 2001).

B) Modelos de Aprendizaje

El alivio de un estímulo emocional desagradable (malestar, dolor, inhibición social, etc.) Obtenido mediante una sustancia química se aprende con facilidad, sobre todo cuando dicha respuesta recibe la aprobación de la cultura o de la subcultura en la

que el sujeto desea integrarse. El aprendizaje social en el hogar desempeña un papel muy importante. El consumo del alcohol por parte de los padres y sus actitudes al beber se reflejan en los hijos. El aprendizaje observacional no tiene necesariamente una dimensión negativa. Si uno ve a sus padres beber de forma moderada en las comidas o en los acontecimientos festivos aprenderá a beber controladamente. Otra cosa es cuando lo que se aprende por imitación son excesos en la bebida o actitud de simpatía por el alcohol en el hogar. Sin embargo, el papel de los padres y de la familia tiende a ser menor a medida que los niños llegan a la adolescencia y tienden a crear su mundo propio. Por ello la conducta imitativa respecto al alcohol se puede desarrollar también por influencia de los compañeros del sujeto, sobre todo por parte de aquellos que cuentan con una personalidad atractiva y tienen una cierta capacidad de liderazgo. Desde una preexpectativa cognitiva, un aspecto de interés es el relacionado con las expectativas conductuales y emocionales del sujeto. No de otro modo se puede explicar la persistencia en las conductas de ingesta de alcohol de los adolescentes a pesar de los efectos negativos que pueden darse en la primera toma de contacto con esta sustancia. Las expectativas positivas acerca de lo que pueden experimentar bajo los efectos del alcohol, mantenida a partir de los modelos de observación cercanos, contribuyen a mantener una conducta que puede resultar inicialmente incluso desagradable y llegan a modular los efectos del alcohol sobre la conducta (Echeburúa, 2001).

FACTORES DE MANTENIMIENTO

Una vez establecidas las pautas de bebida, éstas son extraordinariamente resistentes al cambio. Los problemas de bebida son pautas de conducta que se mantienen por unas señales antecedentes, que se dan generalmente en las relaciones sociales, y por unas consecuencias derivadas. En otras ocasiones, la existencia de una patología asociada, como la depresión, la ansiedad o los celos patológicos, facilita el recurso del alcohol como autoterapia, es decir, como una estrategia de afrontamiento para superar el malestar (Casas, 1994; cit. en Echeburúa, 2001).

MOTIVACIÓN PARA BEBER

Al inducir el alcohol un estado psicológicamente placentero (euforia, desinhibición, ausencia de malestar, etc.), las personas tienden a repetir esta conducta. A veces el alcohol contribuye al bienestar de la persona; otras, sin embargo, facilita la reducción de la ansiedad y del malestar, a menos a corto plazo. Los hábitos de las salidas nocturnas, en donde no siempre es fácil combatir el sueño ni seguir sin cansancio, propician el consumo de esta sustancia o la mezcla con otras drogas, en definitiva los reforzadores obtenidos por beber alcohol son tanto farmacológicos (los efectos eufóricos y desinhibidores) como sociales (buscar la relación y la unión con otras personas), (Casas, 1994; cit. en Echeburúa, 1996).

Desde la perspectiva del condicionamiento, lo que diferencia a las personas normales de las problemáticas es que en las primeras la bebida esta controlada por reforzadores positivos: sabor de la bebida, asociación a una buena comida, disfrute de

una relación social, euforia, etc.; en las segundas por el contrario, lo que controla la conducta son los reforzadores negativos: reducción del malestar, superación del aburrimiento, afrontamiento del enfado, olvido de las preocupaciones, etc. En definitiva estas últimas “no beben para estar bien sino, para no sentirse mal”. La conducta de los bebedores en exceso tienen una consecuencia de recompensa relativamente inmediata: hace desaparecer el malestar, reduce la ansiedad, permite hacer frente a las exigencias cotidianas. Por el contrario las consecuencias negativas (enfermedad, pérdida del trabajo, sentimientos de culpa, etc.) aparecen de forma demorada y se presentan a medio y largo plazo, por ello, un bebedor excesivo, un fumador o toxicómano puede proseguir con su conducta adictiva a pesar de los efectos destructivos que tiene dicha conducta a largo plazo. No obstante, hay muchos casos en que el exceso de alcohol en la juventud se atempera espontáneamente en la vida adulta, en la medida en que la persona se incorpora a un trabajo estable, encuentra una pareja satisfactoria, asume una responsabilidad familiar y establece un determinado proyecto de vida (Edwards, 1986).

TRASTORNOS DUALES

La patología dual se refiere a la comorbilidad del abuso del alcohol con otro cuadro clínico del eje I (trastornos mentales) o del eje II (trastornos de personalidad) del DSM-IV cuando una persona es adicta a una sustancia, como nos menciona lo más habitual hasta en un 50 % a un 75% de los casos es que presente otro trastorno adicional (Casas, 1994; cit. por Echeburúa, 2001). La asociación de una toxicomanía con otro cuadro clínico puede establecerse de formas diferentes:

- A) El trastorno de personalidad o psiquiátrico puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo del abuso del alcohol. Por ejemplo, un trastorno antisocial de la personalidad aumenta la probabilidad de una ingesta excesiva de alcohol.
- B) La sicopatología puede modificar el curso del trastorno adictivo. Por ejemplo, la existencia de una depresión primaria complica el tratamiento del abuso del alcohol y puede ser un predictor de resultados negativos a largo plazo.
- C) La sintomatología psiquiátrica puede aparecer en el curso de una intoxicación crónica. Por ejemplo, pueden aparecer ideas delirantes de celos, que no se manifiestan habitualmente, en el curso de una embriaguez patológica.

CAPÍTULO IV

DIFERENTES CONCEPTOS DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo es un fenómeno que abarca todas las facetas de la existencia humana y constituye básicamente un problema social, pero desde el punto de vista de su etiología, sus complicaciones y su manejo terapéutico básico, debe ser comprendido como un problema médico – psiquiátrico (Guerra, 1997)

Por ello es importante precisar el concepto de alcoholismo: los autores coinciden en que, se caracteriza por un desorden de la conducta, en donde si existe un consumo inmoderado de alcohol, con dependencia fisiológica y sobre todo física. Este núcleo patogénico se constituye después de un largo proceso que obedece a un conjunto de causas biológicas, psicológicas y socioculturales. Visto así el uso y abuso del alcohol, es un continuo que va desde la abstinencia total hasta la ingestión permanente (Guerra, 1997).

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) designó oficialmente al alcoholismo como enfermedad desde el año de 1956 y actualmente la mayor parte de las agrupaciones médicas mundiales lo aceptan. El concepto de “alcoholismo” como enfermedad también ha sido incluido en las legislaciones de varios países (Guerra, 1997).

Se ha presentado una gran cantidad de definiciones sobre el alcoholismo y realmente ninguna ha llegado a distinguirse por su aceptación universal, debido a lo multifactorial del problema; sin embargo, a continuación se plasma la definición a la que se llegó en el Seminario Latinoamericano, cit. en Guerra, (1997); sobre Alcoholismo, organizado por la oficina Sanitaria Panamericana, la que pretende integrar los factores fisiológicos y sociales del etilismo:

- El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia psicológica y física al alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales; 1) La incapacidad de detener la ingesta de alcohol una vez iniciado, y 2) La incapacidad de abstenerse de beberlo (Guerra, 1997).

Otra definición es la integrada por la American Medical Association (1994) y es la que incluyen variables económicas y sociales que son también fundamentales como expresión de la enfermedad:

- “El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida de control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber; por su cronicidad, su progresión y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimento físico y deterioro emocional y/o desajustes sociales como una directa consecuencia del uso excesivo y persistente del alcohol (Guerra, 1997)

El Consejo Nacional para las Adicciones CONADIC, (2005); cit. en Guerra, (1997); define el alcoholismo o dependencia del alcohol como una enfermedad que incluye los siguientes síntomas:

- **Deseo insaciable:** una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
- **Perdida de control:** la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- **Dependencia física:** síndrome de abstinencia con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
- **Tolerancia:** la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol con fin de sentirse eufórico.

COMO ACTÚA EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

En medicina se utiliza el término “metabolismo” para referirse al proceso que sigue dentro de nuestro cuerpo una sustancia desde que ingresa por cualquier camino (generalmente por la boca) hasta que se elimina totalmente o se modifica químicamente para transformarse en sustancias distintas. Esta droga actúa en las células nerviosas, a la cual se le atribuye una acción estimulante basándose en que las primeras copas “excitan” al bebedor, haciéndolo generalmente más sociable. Es un hecho que un trago o dos producen casi siempre ciertos cambios en la conducta de tal manera que el sujeto parece estar estimulado. No es así lo que ocurre en realidad es que el alcohol, deprime primero los centros nerviosos que “controlan” la conducta mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas ante los estímulos del medio. Al disminuir estos centros la influencia sobre las otras partes del cerebro, la conducta se “libera” por decirlo de alguna forma, escapando a los controles del juicio crítico y la racionalidad. Desinhibido, el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su sistema nervioso central, lo cual se hace más notable si aumenta el sujeto la cantidad ingerida (Velasco Fernández, 2002).

El alcohol circundante es el verdadero responsable del envenenamiento se metaboliza en el organismo mediante dos métodos: la eliminación y la oxidación. La eliminación se efectúa sobre todo por los riñones y los pulmones, de ahí el aliento alcohólico de quien ha bebido. Pero por estas vías (aliento y orina) solamente se elimina un 10 % del alcohol ingerido, así que el organismo tiene que destruir por

oxidación el otro 90%. La oxidación producida por el oxígeno contenido en la sangre es un proceso químico que cumple la función de transformar los alimentos por energía y calor. El alcohol etílico, como el azúcar y las grasas, se oxida el cuerpo y se transforma en dióxido de carbono y agua.

Los efectos inmediatos de una copiosa ingestión de bebidas embriagantes pueden describirse de acuerdo con la gravedad y progreso de la intoxicación y dividiéndose en etapas como las que nos menciona Velasco Fernández, (2002).

- Primera etapa: el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido, parece excitado.
- Segunda etapa: conducta esencialmente emocional, errática. Pobreza del juicio y del pensamiento. Problemas sensorio-motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio).
- Tercera etapa. Confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables del comportamiento: miedo grave, agresividad, llanto, etc. Serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se le dice.
- Cuarta etapa: incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la total inconsciencia.
- Quinta etapa: inconsciencia ausencia de reflejos. Verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria etc.

Velasco Fernández (2002), nos menciona que un hígado sano puede metabolizar el equivalente de una copa cada hora o cada hora y media con la ayuda de la eliminación del alcohol en la orina y el aliento pero la intoxicación depende de ciertas circunstancias como son:

- A) **La velocidad con la que bebe:** Es obvio que el beber “una copa tras otra” produce efectos casi inmediatos y no se percibe la diferencia entre las dos primeras etapas.
- B) **El estado del estómago:** Si se encuentra vacío, el alcohol se absorbe mucho más rápidamente. Cuando el bebedor come alimentos sólidos antes de ingerir bebidas alcohólicas, la absorción es más lenta, pero eso es precisamente lo que no hacen los grandes bebedores.
- C) **Las características de la bebida:** El vino, el pulque y la cerveza se absorben más lentamente porque contienen pequeñas cantidades de otras sustancias que retardan el proceso de la absorción.
- D) **El peso corporal del bebedor:** Una persona con mayor peso diluye más la misma cantidad de alcohol que un individuo más pequeño o delgado. A mayor concentración de alcohol en la sangre, mayor rapidez de los efectos. Por eso las personas de menor peso están expuestas a un efecto más rápido e intenso.
- E) **Las circunstancias en que se bebe:** Cuando ocurre de manera tranquila y

confortable durante una conversación en un sitio silencioso, producirá un efecto menor y más lento que cuando se bebe en una fiesta donde hay otros muchos estímulos. La situación de desequilibrio emocional con angustia o depresión manifiestas, o bien el estado de cansancio físico y mental, puede hacer que los efectos del alcohol sean más intensos de lo que resultaría habitual para la misma persona. También las expectativas ejercen su influencia: si uno espera emborracharse de verdad, los efectos se harán sentir más rápidamente.

REVISIÓN DE LOS MODOS DE BEBER Y TIPOS DE ALCOHOLISMO

Santo Domingo y Llopis (1963) cit. en Lammoglia (2004), describen cuatro <<modos de beber>> que recogen todas las posibilidades de consumo, desde el simple uso no conflictivo a la dependencia física y psíquica del alcohol como son los siguientes:

- Sin pérdida del control, con capacidad de abstinencia conservada y ausencia de síndrome de abstinencia.
- Con tolerancia aumentada, metabolismo adaptado al alcohol, síndrome de abstinencia, incapacidad de abstinencia y capacidad de control conservada.
- Con tolerancia aumentada y metabolismo adaptado al alcohol, síndrome de abstinencia, incapacidad de abstinencia y pérdida de control.
- Con capacidad de abstinencia conservada y pérdida de control. Son los bebedores de consumo recurrente.

Jellinek (1960) cit. en Lammoglia (2004), ideó una tipología con cinco <<tipos >> los que él describe:

- 1) **Alfa:** bebe para aliviarse; no pierde el control: posible desarrollo de dependencia psíquica.
- 2) **Beta:** bebedor ocasional o inducido; no pierde el control, pero puede llegar a alcoholizarse. Tarda en aparecer la dependencia.
- 3) **Gamma:** bebedor alcoholómano, con dependencia psíquica y pérdida de control; capacidad de abstinencia conservada. Dependencia física ulterior.
- 4) **Delta:** bebedor habitual, que desarrolla dependencia física con dependencia de abstenerse. Sin pérdida de control, en principio dependencia psíquica tardía.
- 5) **Epsilon:** bebedor episódico / dipsómano (a menudo asintomático de enfermedad psíquica).

Por otra parte Rodríguez - Martos (1976), considera que existen algunas formas de beber, que producirían algunos tipos etílicos, a su vez convergentes en dos formas básicas de cristalización alcohólica: la alcoholomanía propiamente dicha o dependencia psicoconductual y la alcoholización o dependencia física, habitual entrelazadas, constituyendo el síndrome biopsicosocial o dependencia alcohólica describiendo

Edwards y Gross, (1976), cit. por Rodríguez – Martos (1989), el proceso evolutivo de este síndrome: Las formas de beber sociales a través de una ingesta cotidiana excesiva (de cantidades a menudo normativas, pero que rebasan el límite de riesgo: 60 g/ al día de alcohol puro, para el varón y 20 g/día para la mujer) o de ingesta reiteradas abusivas y/o patrones de riesgo, como la ingesta excesiva en ayunas, etc.; darían paso al tipo étílico de:

- 1) Bebedor excesivo regular, es el más frecuente, la forma de beber, propia del bebedor que intenta superar la debilidad del Yo con el consumo, abocaría al tipo alcoholómano.
- 2) El bebedor enfermo psíquico ajusta su forma de beber al alivio de su malestar, dando un patrón étílico sintomático, al oscilar sus ingesta de acuerdo con el curso de la dolencia base, que a su vez se agrava con el alcohol.

FASES DEL PROCESO ALCOHÓLICO SEGÚN JELLINEK (1960); cit. en Rodríguez – Martos, (1989).

PREALCOHÓLICA

- Frecuente consumo de alcohol, en busca de alivio o “gratificación”

PRODÓMICA

- Bebe a escondidas
- Piensa continuamente en el alcohol
- Acumula reservas
- Bebe ávidamente el primer trago
- Sentimientos de culpa
- Evita hablar de alcohol
- Reacciona violentamente a la palabra- estímulo alcohol y tiene dificultades para llevar a buen fin su conducta
- Lagunas de memoria.

CRÍTICA

- Pierde el control
- Se distancia de la influencia de su entorno
- Se muestra fanfarrón y agresivo
- Se hace autorreproches y sufre oscilaciones de su estado de ánimo
- Hace ostensibles intentos de permanecer abstinentes
- Se estrechan sus intereses, llega a deteriorar sus relaciones interpersonales, a tener conflictos en el trabajo y a la degradación social.

CRÓNICA:

- Claros síntomas secundarios
- Disminuye la tolerancia
- La embriaguez puede durar días enteros.

TIPOS DE BEBEDORES:

Existen varios tipos de bebedores que es necesario conocer para diferenciar al bebedor normal del bebedor problema.

EL BEBEDOR MODERADO

- Bebe alcohol porque aprecia su sabor y también a causa de la pequeña relajación que le produce. No busca intoxicación ni se expone a ella. El alcohol no es para él una necesidad ni una carga económica

EL BEBEDOR SOCIAL

- Bebe todos los días, se expresa socialmente mejor con el alcohol, rara vez se emborracha

EL BEBEDOR PROBLEMA

- Bebedor fuerte o excesivo, bebe mas de lo que permiten las costumbres, lo hace antes del almuerzo y cena, no reflexiona demasiado sobre su conducta.

BORRACHO OCASIONAL

- Generalmente proviene del rango de los bebedores fuertes, suelen buscar la borrachera, las ideas de placer giran alrededor de la bebida

BEBEDOR SINTOMÁTICO

- El abuso en este caso tiene su origen en alguna enfermedad, como por ejemplo la epilepsia.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (DSM-IV, 1995)

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para

- conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia, de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas.
 - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias).
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

CONSECUENCIAS DEL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL

EXPERIENCIA ALUCINATORIA TRANSITORIA

La experiencia alucinatoria transitoria puede presagiar el inicio del delirium tremens y de la alucinosis alcohólica y con frecuencia exteriorizan una advertencia de la posibilidad de que haya trastornos mucho más graves. Por tanto puede considerarse como un continuo de esos estados y no como una enfermedad complemente moderada, es importante estar conciente de que las alucinaciones transitorias pueden ocurrir sin que el trastorno progrese hacia las otras manifestaciones importantes (Edwards, 1986).

La esencia de esta condición es que el paciente experimenta en forma rápida, súbita y efímera cualquiera de los trastornos de la percepción, que con frecuencia lo deja sorprendido y confundido. Estos periodos pueden ocurrir durante espacios en los que la persona bebe mucho en forma continua y dependiente o cuando se abstiene no hay delirios o prueba de un grave trastorno fisiológico como ocurre en el delirium tremens.

Con frecuencia es característico el grado de discernimiento súbito, el paciente niega de inmediato la realidad de la alucinación. También es típico encontrar una clase relativamente uniforme y limitada de alucinaciones; para unos es casi siempre un auto

que les llega por la espalda, para otros, una paloma que vuela por la habitación (Edwards, 1986).

DELIRIUM TREMENS

El Delirium Tremens (DTs) puede tener varios cuadros clínicos es considerado como un continuo de gravedad y es una variación de clases de síntomas. El delirio, la experiencia alucinatoria y los temblores forman la triada esencial para el diagnóstico, pero con frecuencia también se incluyen otros elementos. En ocasiones este trastorno es variable, pues el estado del paciente empeora por la tarde o cuando su habitación está oscura o sombría, presentando una gama muy amplia de síntomas los cuales pueden ser:

- **El delirio:** el paciente está más o menos alejado de la realidad y se muestra potencialmente desorientado en cuanto a las personas, los lugares y el tiempo.
- **Alucinaciones:** por lo general estas experiencias se viven caóticas y extravagantes; pueden afectar cualquiera de los sentidos: es posible que el alcohólico vea visiones, oiga ruidos, perciba el olor de gases o sienta animales arrastrándose por el cuerpo. Las alucinaciones visuales clásicas, incluyen serpientes o ratas que atacan al paciente cuando está acostado o pueden ser criaturas de tamaño “microscópico”, con frecuencia estas visiones están llenas de colorido. Es posible que alucine voces o fragmentos musicales o chillidos de animales, es frecuente encontrar que las alucinaciones se basan en una tendencia a malinterpretar por ejemplo: las arrugas de la ropa de cama se convierten en serpientes o los dibujos del tapiz se convierten en rostros.
- **Temblores:** existe un continuo temblor de todo el cuerpo en el que llega a mover la cama, pero como ocurre con otros síntomas, puede haber un continuo de gravedad y se observe inclusive al estirar la mano o al querer tomar algo.
- **Miedo:** experimenta extremos de horror como reacción, por ejemplo, a las serpientes que se retuercen en su cama; pero en otras ocasiones son aparentemente agradables (Edwards, 1986).

DELIRIOS PARANOIDES

El delirio paranoico por lo general es un delirio crónico que se caracteriza por un desarrollo insidioso y paulatino a partir de un carácter paranoico. Se conservan las cualidades intelectuales del sujeto pero se altera el contenido del pensamiento y la afectividad. El paciente imagina enemigos que arrojan gas venenoso en la habitación ve asesinos que están al acecho y tras la ventana y percibe una conspiración indefinible. De hecho el estado de ánimo puede ser paranoico y se mal interpretan todos los sucesos y estímulos, pero el estado mental del paciente está tan confundido como para que sistematice las ideas delirantes (Edwards, 1986).

INQUIETUD Y AGITACIÓN

En parte, como consecuencia de lo horripilante de las experiencias alucinatorias, el paciente con frecuencia esta sumamente inquieto; con sus manos agarra y jala las ropas de cama, se sobresalta con cualquier sonido o intenta saltar de la cama y correr por el pabellón. Esta hiperactividad, cuando esta combinada con cierto grado de debilidad e inestabilidad puede poner al paciente en peligro de caídas y accidentes (Edwards, 1986).

AUMENTO EN LA SUGESTIBILIDAD

La persona que padece Delirium Tremens puede ser más vulnerable a la sugestión, lo que en ocasiones se hace evidente espontáneamente, pero puede descubrirse sólo cuando se somete a la persona a un test.

TRASTORNOS FÍSICOS

Es típico encontrar que el alcohólico suda demasiado y que, en consecuencia, corre el riesgo de deshidratarse. Por lo general hay falta de apetito, el pulso es rápido y es probable que aumente la presión sanguínea y haya fiebre. Si esta situación continúa durante varios días, se presenta gradualmente el cuadro de deshidratación, agotamiento y colapso, y es posible que haya un aumento repentino y dañino en la temperatura (Edwards, 1986).

Por lo general, el delirium tremens se le considera hoy en día principalmente un estado de abstinencia de alcohol, aunque se reconoce que en ocasiones otros factores, como la infección o el trauma, desempeñaba un papel secundario. La abstinencia que en realidad precipita el ataque, pudo haber sido provocada por que el paciente ingreso en un hospital, porque es arrestado o encarcelado o porque se propuso dejar de beber. Por lo general, este estado se prolonga de tres a cinco días, habiendo una resolución gradual. En raras ocasiones el trastorno se prolonga durante algunas semanas, fluctuando entre recuperación y recaída (Edwards, 1986).

ATAQUES POR ABSTINENCIA

En las personas sumamente dependientes del alcohol, la abstinencia total o parcial puede provocar ataques. Aproximadamente una tercera parte de las personas que sufren un ataque tendrán, poco después un ataque de delirium tremens; los ataques ocurren típicamente 12 o 24 horas después de que se inicio la abstinencia, y de esta manera, proceden al inicio del delirium tremens; por uno o dos días. Estos ataques son del tipo del gran mal (convulsiones epilépticas generalizadas con pérdida del conocimiento, seguido de movimientos compulsivos en los cuatro miembros). Durante una abstinencia determinada es posible que el paciente tenga un ataque, pero por lo común habrá tres o cuatro convulsiones durante dos días. Es posible que un alcohólico que ha tenido ataques durante un episodio de abstinencia nunca tenga mas convulsiones en las

siguientes abstinencias puede descubrir que para él la abstinencia siempre está asociada al riesgo de experimentar convulsiones (Edwards, 1986).

ALUCINOSIS ALCOHÓLICA

El paciente experimenta alucinaciones auditivas pero no de otro tipo. Es posible que oiga sonidos deformes o fragmentos musicales pero es más común que oiga voces. Quizás estas voces le hablen directamente a él. En ocasiones sólo se oye una voz, pero también se oyen varias en una discusión y las mismas voces regresan en diferentes ocasiones. El comentario puede ser favorable y amistoso o acusatorio y amenazante. En ocasiones, las voces intentan controlar al paciente y puede dar por resultado una expresión determinada o un intento de suicidio. El paciente no puede discernir y considera que las voces son reales, pero en pocas ocasiones da unas explicaciones complejas de la forma en que oye las voces. Las voces vienen y van o atormentan a la persona en forma más o menos incesante. El paciente no delira y no muestra los trastornos típicos del delirium tremens. Con frecuencia la relación con la abstinencia de alcohol no es tan obvia como ocurre con el delirio tremens y, a menudo, el alcohólico tiene alucinaciones alcohólicas cuando bebe en forma constante (Edwards, 1986).

PÉRDIDA DE LA MEMORIA POR CONSUMO DE ALCOHOL (AMNESIAS)

Este término común ampliamente usado se refiere a las amnesias transitorias que pueden ser inducidas por la intoxicación. Aunque es frecuente ver que tales amnesias las padecen las personas con graves problemas de alcoholismo o dependencia, también se puede presentar en bebedores sociales después de un momento de desenfreno. Por tanto, no es correcto considerar la pérdida temporal de la memoria como una prueba de alcoholismo, aunque cualquier persona que consuma alcohol de manera tal como para atacar al cerebro obviamente está bebiendo de forma muy imprudente (Edwards, 1986).

FENOMENOLOGÍA

Se ha dicho que la pérdida de memoria se presenta en dos tipos. La variedad en bloque se caracteriza por una amnesia total, con puntos repentinos de ataque y recuperación sin que se recuerde después lo que sucedió después durante el periodo amnésico, ya sea espontáneamente o con estimulación. Este periodo puede prolongarse de 30 a 60 minutos o quizás de dos a tres días. Por el contrario, la amnesia lagunar tiene límites no muy bien definidos, pues hay periodos de memoria dentro de sus límites, y con frecuencia se caracterizan por recuerdos posteriores parciales o completos y generalmente son más cortos en duración del tipo anterior (Edwards, 1986).

EL SÍNDROME DEL PASEO

En algunas ocasiones los pacientes dicen que durante un periodo amnésico se van de su casa, después “despiertan” en un lugar extraño; este hecho, en términos psiquiátricos, se describe, como un “estado de fuga” (Edwards, 1986).

DEPRESIÓN

Los síntomas principales del trastorno depresivo incluyen un cambio del estado de ánimo depresión, ansiedad y ausencia de placer. A menudo estos síntomas se agravan en un determinado momento del día, generalmente por la mañana. Junto con el trastorno del estado de ánimo puede haber una sensación de inutilidad y de autoacusación. Sin embargo, los síntomas de este trastorno a veces van más allá del mismo trastorno del estado de ánimo. El paciente puede quejarse de que no duerme bien, de que tiene pesadillas y que se despierta temprano. Hay pérdida de peso y falta de apetito. Se pierde el interés sexual. Se deteriora la capacidad de concentración. El trastorno depresivo ha contribuido a la génesis del alcoholismo. En algunas ocasiones, una depresión acelera, al parecer el desarrollo de lo que ya era un problema de alcoholismo cada vez más grave. En otras, parece que la relación es incluso más directa: el alcoholismo surgió por que el paciente ingería alcohol para curar su trastorno depresivo y antes del inicio de la depresión no cabe duda que había un problema de alcoholismo. Este último caso es una razón común por la que una persona de mediana edad desarrolla una dependencia alcohólica, su estado empeora después de un periodo sorprendentemente corto, quizá seis meses o un año (Edwards, 1986).

CELOS PATOLÓGICOS

Los celos son una emoción normal humana y no es fácil establecer una diferencia entre los normales y los patológicos no obstante se pueden encontrar personas cuya vida está invadida por sus celos y que hacen la vida imposible a las demás (Edwards, 1986). Las características esenciales de este síndrome sugieren que en ocasiones puede igualarse a un trastorno obsesivo. Por tanto, lo que se piensa generalmente es que el alcoholismo es la causa de los celos (y no que los celos sean la causa del alcoholismo). La explicación psicodinámica que se ofrece para esta cadena de acontecimientos es que el sujeto duda de su virilidad y por tanto bebe; su alcoholismo le provoca impotencia y la reacción a la impotencia son los celos, por lo que con frecuencia se dice que la impotencia y los celos patológicos van juntos. En ocasiones, los celos patológicos también son incluidos vagamente (aunque no son explicados) en el término general “paranoia alcohólica”. El nivel general de gran ansiedad que con frecuencia se asocia con la dependencia alcohólica puede hacer más intratables los celos y, entonces la situación se transforma en un círculo vicioso (Edwards, 1986).

COMPLICACIONES FÍSICAS DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo provoca daños físicos en el organismo por muchos efectos directos e indirectos. Por ejemplo, el alcohol surte efecto tóxico directo sobre el hígado y una buena alimentación y complementos vitamínicos no evitan que una persona que continúa bebiendo mucho desarrolle una cirrosis. Por otra parte varios tipos de daño cerebral se deben a la deficiencia vitamínica asociada, pues las vitaminas pueden proteger contra un daño probable aún cuando la persona continúe bebiendo. Trastornos de la sangre: el alcoholismo puede asociarse casi con cualquier variedad de anemia, provocada por hemorragias, trastornos del hígado, desnutrición, mala absorción,

infecciones crónicas y el efecto tóxico directo del alcohol en la médula ósea. Hay varios mecanismos que pueden afectar la coagulación o provocar una tendencia a la aparición de magulladuras o hemorragias (Edwards, 1986).

HUESOS Y ARTICULACIONES

- Gota: la gota se presenta como una hinchazón dolorosa e intermitente de las articulaciones, en particular de los dedos de los pies y de las mano; es fundamental una anomalía metabólica constitucional, en la que hay en la sangre niveles altos de ácido úrico (éste se deposita en las articulaciones). El alcoholismo puede provocar una tendencia latente a la gota o puede empeorar una gota establecida (Edwards, 1986).
- Huesos: los alcohólicos pueden desarrollar una degeneración en los huesos, por lo que es importante tomar en cuenta el historial de bebida y si se ha roto una pierna con un golpe leve (Edwards, 1986).

DEGENERACIÓN DEL CEREBELO

El cerebelo es una parte del cerebro que está relacionada con el equilibrio y la integración de los movimientos y, en ocasiones, ahí se encuentran principalmente los daños cerebrales relacionados con el alcohol. En estos casos el paciente se tambalea al andar (y presenta dificultades en la coordinación) si el paciente deja de beber, se detiene el avance del trastorno, sin embargo, el paciente puede quedar impedido parcialmente.

TRASTORNOS DEL HÍGADO

CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis es la consecuencia directa del efecto tóxico del alcohol sobre el hígado, no a la consecuencia indirecta de una deficiencia nutricional. En esencia lo que sucede es que el tejido del hígado se cubre de cicatrices y su estructura se desorganiza. Esta condición puede tener dos consecuencias, en primer lugar la pérdida real del tejido vivo del hígado provoca varios trastornos metabólicos y, finalmente puede interrumpirse el funcionamiento del hígado como desenlace fatal. En segundo lugar la cicatrización y la desorganización hacen que se compriman y bloqueen los vasos sanguíneos. Este bloque provoca un aumento en la presión del sistema venoso portal (las venas que llevan la sangre del tracto digestivo al hígado). Esto provoca una hemorragia de las venas de la parte inferior del esófago, las cuales pueden ser abundantes y fatales (Edwards, 1986).

HEPATITIS ALCOHÓLICA

Es una inflamación del hígado inducida por el alcohol que es una cicatrización. El tejido del hígado se inflama pero no hay un daño fijo a su estructura. Sin embargo, esta enfermedad puede ser “precirrotica” y provocar una cicatrización entre los alcohólicos,

es común encontrar una inflamación considerable, presenta fiebre, náuseas, pérdida del apetito etc. (Edwards, 1986).

PANCREATITIS

Se caracteriza típicamente por un dolor repentino y muy fuerte en la parte superior del abdomen que con frecuencia se extiende a la espalda, hay vómitos etc. (Edwards, 1986).

NEUROPATÍA PERIFÉRICA O (NEURITIS)

Es una degeneración de los nervios somatomotores de las extremidades a consecuencia de una deficiencia asociada de vitaminas del grupo B. por lo general, las extremidades más afectadas son las piernas y no los brazos. El cuadro clínico común es la falta de reflejos en los tobillos, cierta disminución en la sensibilidad y quizá la persona se queje de que siente piquetes de alfileres y agujas o que los pies arden (Edwards, 1986).

DIFERENTES MODELOS ACERCA DEL ALCOHOLISMO Y FORMA DE PREVENCIÓN QUE PROPONEN

MODELO MÉDICO

El modelo médico sobre el alcoholismo y las drogodependencias, o modelo de enfermedad, como en ocasiones se ha denominado en la literatura, ha sido, y continúa siendo uno de los modelos dominantes entre los especialistas encargados de la prestación de servicios de prevención y tratamiento en el ámbito de las toxicomanías. De hecho, se ha visto respaldado por numerosas instituciones y organismos oficiales, entre los que podríamos citar, por ejemplo, la Asociación Americana de Psiquiatría o la Organización Mundial de la Salud a el modelo médico considera las toxicomanías como enfermedades en sí mismas, caracterizadas por una irreversible pérdida de control sobre el alcohol o la sustancia causante de dependencia (Alcoholics Anonymous, 1976; Narcotics Anonymous, 1980).

El modelo parte de un nivel marcadamente intraindividual. Ello significa que el abuso de las drogas es considerado como un fenómeno vinculando, que el sujeto interesa tan solo desde su dimensión de organismo biológico. El consumidor individual de drogas se presenta como un elemento pasivo, o como receptor de la sustancia que, como agente, ejerce un papel activo sobre el organismo. En este sentido, el modelo se enfrenta directamente a la droga, entendiéndola como "toda aquella sustancia que introducida en el organismo (con fines terapéuticos o no) es susceptible de causar una alteración de la conducta de forma inmediata (basándose en la naturaleza psicoactiva del producto y/o tardía (dado que provoca una necesidad que debe ser satisfecha con nuevas ingestas o administraciones); (Martí y Murcia, 1988).

La naturaleza y la importancia del abuso de drogas son contempladas desde el punto de vista de la acción recíproca entre la droga y el individuo. De este modo, el

modelo médico cifra el consumo de drogas en términos de los procesos fisiológicos implicados. El sujeto contemplado como organismo biológico, y la droga como agente activo, al entrar en interacción, desencadenan un conjunto de procesos fisicoquímicos que derivan en una sintomatología específica y un deterioro de la salud física y del funcionamiento orgánico. En la fase primaria del problema se contempla el riesgo de que el consumo ocasional o el uso experimental de drogas causantes de dependencia puedan incrementar su frecuencia llegando a derivar en una toxicomanía (Martí y Murcia, 1988).

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Desde el modelo médico se cifran prioritariamente en campañas sanitarias y programas educativos dirigidos a promover el conocimiento general sobre las características de las drogas y sus efectos nocivos sobre el organismo desde el punto de vista de su funcionamiento biológico, fisiológico y neurológico, y sobre los riesgos y el peligro que entraña su consumo. El modelo médico de prevención primaria parte de la consideración de que la educación y la información objetiva sobre las sustancias que pueden dañar la salud evitará su uso o abuso. Como señalan Cuesta y Larrosa (1981), la educación para la salud imparte conocimientos con el objetivo de que las personas sientan la necesidad de cuidar de sí, de su familia, de toda la comunidad, llegando a modificar conductas o adquirir nuevos hábitos si fuera necesario, para conservar el estado de salud. Esta educación para la salud va más allá de la simple información, siendo un proceso educativo sistemático y programado dirigido, en un sentido amplio, al fomento y protección de la salud individual y colectiva mediante el desarrollo personal y la formación de nuevos hábitos (Biocca, 1971).

MODELO JURÍDICO

El modelo jurídico considera el alcoholismo y las drogodependencias desde el punto de vista de sus implicaciones delictivas. En este sentido las toxicomanías no constituyen plenamente un objetivo o foco de interés en y por sí mismas, sino que más bien interesan las drogas y su consumo, en la medida en que parecen presentarse como agentes o elementos causantes, directa o indirectamente, de graves daños tanto físicos como psicológicos y sociales tanto para el individuo como para la comunidad o la sociedad globalmente consideradas (Biocca, 1971). El modelo jurídico se enfrenta al "fenómeno de la droga" como algo cualitativamente distinto del consumo, del abuso o de las dependencias. A partir de lo expuesto podremos comprender que, como tal, el modelo jurídico no entra en un análisis detallado de las toxicomanías y de los procesos determinantes. Al margen de su naturaleza, y de la génesis del problema, se subraya la responsabilidad personal en el acto delictivo, y la responsabilidad social contraída por el sistema judicial quien, ante tal delito, debe responder sancionando y poniendo los medios pertinentes capaces de garantizar, en la medida de lo posible, la salud pública y la seguridad colectiva (Biocca, 1971). La droga se convierte dentro de este modelo en un elemento peligroso y en un instrumento capaz, en determinadas circunstancias y en manos de determinadas personas, de crear situaciones de riesgo en las que puede llegar

a peligrar la vida o la integridad física o psicológica del individuo, la salud comunitaria o el bienestar colectivo. El individuo responderá en base a su responsabilidad contraída ante el sistema judicial, y en función de la gravedad de su falta y de las consecuencias que de ella se deriven. El contexto podrá tener un papel modulador del delito, atenuando o agravando sus consecuencias y la parte de responsabilidad personal implicada en el mismo. No obstante, el modelo jurídico no incide en el análisis pormenorizado de las interacciones entre la persona, la droga y el ambiente, siendo éstos, aspectos considerados en los restantes modelos, según la perspectiva adoptada (Biocca, 1971).

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA INTERVENCIÓN

En materia de prevención de las toxicomanías, el modelo jurídico enmarca sus acciones dentro del objetivo más amplio de prevención del riesgo colectivo, la salud, la seguridad y el bienestar individual y social. El tipo de medidas de prevención primaria promovidas desde este modelo tendrían un carácter eminentemente restrictivo, represivo y punitivo, operando a través de los sistemas legislativo, judicial y policial.

MODELO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO

El modelo de la distribución del consumo se encuentra estrechamente relacionado con el modelo jurídico en la medida en que de él van a derivar un conjunto de acciones preventivas basadas en gran parte en la utilización de los recursos que ofrece el sistema legislativo de cara al control social del uso de drogas. Este modelo incide prioritariamente en el análisis detallado de los patrones de consumo en el seno de una población determinada o de la sociedad en su conjunto. Siguiendo a Parker y Harman, (1980), el modelo de distribución del consumo descansa sobre los siguientes presupuestos: a) Existe una relación positiva entre el abuso del alcohol, y la muerte prematura, determinadas enfermedades, tales como la cirrosis y el cáncer, u otras enfermedades o lesiones derivadas de accidentes; b) El patrón de consumo de alcohol en la sociedad se ajusta a una distribución normal: "cuanto mayor es la media de consumo de alcohol, mayor es la proporción de individuos que abusan del mismo"; c) El conocimiento de los patrones de consumo basta para predecir el incremento o disminución en el número de personas que abusan del alcohol; d) El control de la disponibilidad de sustancias tóxicas en la sociedad influirá sobre el número de individuos que abusan de las mismas; e) El consumo de sustancias puede verse influido por los cambios en las normas que regulan la distribución (Parker y Harman, 1980).

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA INTERVENCIÓN

El modelo de distribución del consumo aboga por un conjunto de medidas legislativas tendentes a restringir la oferta y la disponibilidad de las drogas en el medio social. En un sentido más amplio, tratarían de reducir el apoyo social que en parte propicia su consumo, y en parte contribuye a su progresión. Algunas de las medidas más frecuentemente adoptadas para limitar la aparición de nuevos consumidores, o el consumo por parte de los ya usuarios han consistido en el incremento de los precios, los

gravámenes o las tasas de las sustancias; la prohibición de la publicidad de las drogas y del alcohol en los medios de comunicación; la reducción del contenido de alcohol en las bebidas; el anuncio de su carácter nocivo y las consecuencias perjudiciales de su uso mediante etiquetas en los envases de los productos; el incremento de las edades de consumo legal; las restricciones en los horarios de apertura y cierre de establecimientos vinculados con el consumo; el referido al consumo de alcohol. Incremento de las multas y sanciones y la institución de la obligatoriedad de condena o de tratamiento para los sujetos detenidos por cargos tales como la conducción en estado de embriaguez o intoxicación, etc. (Hartford, Parker y Light, 1980).

MODELO SOCIOLÓGICO

El modelo sociológico apunta directamente a la existencia de una subcultura específica de la droga, definida en términos de su separación y aislamiento con respecto a las normas sociales convencionales. El modelo sociológico contempla el consumo de drogas y las toxicomanías desde un nivel posicional. El sujeto queda definido en función de su pertenencia a determinados grupos sociales. Las redes estructurales del grupo, su sistema de relaciones y sus dinámicas de funcionamiento determinan el rol que debe desempeñar el individuo y los patrones o pautas de comportamiento a que debe ajustarse. Considerarlo desde esta perspectiva, es decir, en función de la posición relativa que ocupa en los diferentes grupos de pertenencia, implica de alguna manera que el sujeto queda vinculado a su entorno y a la realidad social en la que vive y desarrolla su actividad.

Las dimensiones sociales del comportamiento y las dinámicas sociales subyacentes cobran así importancia, frente a la mera consideración de aspectos biológicos relativos al funcionamiento del organismo, resaltadas por el modelo médico. Desde tal nivel de análisis el consumidor de drogas es contemplado como un miembro más que ocupa una posición definida dentro de determinados grupos. Aquí aparece el primero de los factores contribuyentes que pueden llegar a tener un papel decisivo en la génesis y mantenimiento del uso del alcohol: éste se convierte en el seno del grupo en un signo o sello de identidad e identificación grupal, y en manifestación del rechazo de la norma convencional, adquiriendo de este modo plena justificación. La identificación con el grupo por parte del individuo, y la asimilación de éste por parte de aquél presupone, o deriva a posteriori, en el consumo de tóxicos, (Jonson, 1979). Por otra parte, la dinámica de las relaciones entre los elementos constituyentes del grupo configura la unidad de expectativas y ajustes que diferencian la conducta de los sujetos (Barriga, 1986). Las presiones hacia la conformidad y los sistemas de apoyo grupal sirven para alimentar y sustentar estilos de vida no convencionales, dentro de los cuales el consumo de alcohol constituye un modo de trasgresión de la norma socialmente sancionada (Faupel, 1985). Aquí está presente el segundo de los factores contribuyentes a la génesis y desarrollo del problema: el compromiso con el grupo de referencia presupone el ajuste y la adopción de aquellos modos de comportamiento susceptibles de satisfacer las expectativas de quienes le conocen. El individuo parece quedar difuminado en el seno del grupo: como forma sutil de alienación, su identidad es

absorbida en una unidad más amplia representada en el sistema de valores de la subcultura en que se integra.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA INTERVENCIÓN

Se ha desarrollado a partir de este modelo un conjunto de medidas preventivas que, a grandes rasgos, podrían ser articuladas en una triple dirección: a) Medidas represivas incidentes sobre las diversas formas de conducta antisocial presentes en la subcultura de las drogas, sobre la base de su frecuente coexistencia y solapamiento con otras subcultura delincuentes y criminales con sistemas de valores, normas de conducta, etc. compatibles; b) Medidas socio asistenciales dirigidas a poblaciones específicas tendentes a fomentar la integración social de grupos marginales, a través, por ejemplo de la educación, el empleo o la participación en la vida comunitaria; c) Medidas individuales incidentes sobre las dinámicas socio-psicológicas que derivan en estilos de vida no convencionales (como por ejemplo entrenamientos específicos en habilidades conductuales y cognitivas), (Heath, 1980).

MODELO SOCIO-CULTURAL

Dicho modelo combina aspectos genéticos con la teoría del aprendizaje, dentro de un marco conceptual más amplio que trata de ofrecer una comprensión sociológica y antropológica de la conducta cultural y las normas sociales (Heath, 1980). El modelo sociocultural considera la conducta humana como el resultado de la interacción entre factores biológicos, sociales y culturales. En este sentido se reconoce, hasta cierto punto, la existencia de una base biológica en la explicación del comportamiento, si bien, tales factores se presentan en combinación con otras variables de índole ambiental.

A la hora de explicar la conducta de consumo de sustancias, por lo tanto, el modelo sociocultural considera el papel desempeñado por ambos tipos de factores. El elemento biológico del modelo lleva a considerar que algunos tipos de dependencias pueden llegar a tener una base genética o constitucional. De una forma simplista, la premisa básica de la explicación biológica sería que el individuo que abusa de algún tipo de droga es hipersensible a los elementos químicos (Gullota y Adams, 1982). Tal tipo de explicación vendría a suponer el reconocimiento de una cierta susceptibilidad individual a la drogodependencia, que remite directamente al concepto de *sensibilización* como opuesto al de *tolerancia*. En apoyo de este argumento podrían citarse, por ejemplo, aquellos estudios que señalan la existencia de antecedentes familiares en los sujetos que abusan de determinadas sustancias tóxicas (Tarter, 1992; Goodwin, 1976). Por su parte, el elemento ambiental del modelo, vendría a señalar, en definitiva, la influencia del entorno sobre la conducta del individuo. Las normas y reglas establecidas por la sociedad condicionan y, en ocasiones llegan a determinar el uso de drogas. Por otra parte, la misma tradición y los patrones culturales se convierten en elementos reguladores del uso de determinados tipos de sustancias disponiendo e imponiendo ciertos mecanismos, en unos casos de control, y en otros favorecedores del

consumo. Desde este punto de vista, los consumidores parecen encontrarse como prisioneros de todo su bagaje étnico, religioso, social y cultural. De hecho, algunos estudios han mostrado cómo el control social ejercido sobre el consumo por parte de determinados grupos étnicos y/o religiosos resulta más efectivo que el de otros grupos (Gullota y Adams, 1982).

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Las acciones promovidas desde el modelo sociocultural irían dirigidas prioritariamente al conjunto de la sociedad, globalmente considerada, enfatizando la necesidad de redefinir, desde el punto de vista social y cultural, el uso de drogas. En la medida en que se considera que el inicio y mantenimiento del alcohol descansa en las estructuras socioeconómicas y en las costumbres arraigadas en la cultura y en la tradición, es muy difícil cualquier cambio que no modifique previamente dichas estructuras. En este sentido, tal objetivo genérico se concreta a nivel operativo en un conjunto de actuaciones específicas que, en base a estrategias educacionales, medidas legislativas y de control social tienden a cambiar los patrones promover la conducta responsable y, en última instancia, a el cambio cultural y la modificación de las normas sociales (Gullota y Adams, 1982).

MODELO PSICO-SOCIAL

El modelo psicosocial subraya la importancia de un análisis elaborado desde un nivel interindividual. Según Barriga (1986), en este nivel de análisis se considera que el individuo queda definido por la relación que establece con los otros: "el consumidor de drogas se justifica como resultado de los contactos establecidos con las personas de su entorno social". Ahora bien, desde este modelo toda toxicomanía es definida en términos de su tripolaridad. Cada uno de los factores puede actuar aisladamente en circunstancias específicas, o en combinación con los restantes elementos implicados. El primero de los polos hace referencia a la variable "droga". Articulados en torno a ella se encontrarían un conjunto de factores relativos al tipo de sustancia utilizada, las cantidades consumidas, la frecuencia de consumo y las vías de administración. En función de tales factores se contemplarían los procesos derivados de la acción farmacológica de la droga, que es considerada en su papel de agente productor o desencadenante de efectos específicos en el organismo. El segundo de los polos hace referencia a la variable "sujeto". Articulados en torno a ella se encontraría todo un conjunto de factores que incluirían la personalidad de base del consumidor individual de drogas y, dentro de ella, los diversos componentes integrados en sus esferas cognitiva y afectivo motivacional, tales como la identidad personal, el autoconcepto o la autoestima, las actitudes, el locus de control y la impulsividad, o las percepciones, expectativas, intereses, necesidades, emociones, motivaciones, etc., que puedan estar influyendo en su conducta. Frente al modelo médico el sujeto deja de ser interpretado como receptor pasivo de la sustancia, al cobrar importancia aspectos psicológicos determinantes de la adquisición de hábitos conductuales o estilos de vida desadaptativos. En el tercero de los polos se encontraría la variable "ambiente". En ella

quedarían incluidos todos aquellos factores contextuales relativos a la situación social en que se haya inmerso el consumidor. Así, se contemplan aspectos del medio sociocultural, comunitario y familiar, a través de la inclusión en el análisis de variables sociodemográficas descriptoras de la situación de la que proviene el sujeto o en la que se halla inmerso, tales como el particular ambiente de crianza, la deprivación, marginación o el desempleo; el conjunto de las relaciones interpersonales con otros sujetos y dentro de la familia, la escuela o los grupos de referencia; el contenido ideológico de creencias, valores, representaciones, prejuicios, símbolos, que subyacen al comportamiento del individuo o del grupo, etc. Todos ellos considerados conjuntamente influyen en el modo en que el sujeto percibe el mundo y se relaciona con él, manifestándose el resultado de esta compleja y dinámica red de elementos en interacción en la conducta funcional del individuo en la escuela, en la comunidad y con respecto a sí mismo, o en un comportamiento disfuncional y desadaptativo representado en el abuso de sustancias.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PREVENCIÓN

Se insiste en la importancia de las medidas psicológicas, educativas y socio comunitarias de programas comprensivos de amplio espectro y carácter interdisciplinario en los que se integren distintos tipos de iniciativas promovidas desde los diferentes ámbitos de actuación con el objeto de abarcar el mayor número posible de factores contribuyentes representados en cada uno de los polos de la tríada persona, droga, situación (Swisher, 1979). Entre las numerosas medidas adoptadas desde el modelo psicosocial destacan, prioritariamente, las acciones orientadas al fomento del apoyo y cohesión familiar, a garantizar unas condiciones básicas de vida y desarrollo, o la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación, el empleo y el aprendizaje profesional. Junto a ellas, aquellas otras, más específicas, dirigidas hacia el control de los procesos de influencia social, promoviendo entre los individuos o grupos de mayor riesgo de incidencia el reconocimiento de las influencias sociales a que en un momento determinado pueden verse expuestos, así como el aprendizaje y entrenamiento de habilidades específicas que capaciten al individuo para hacer frente, resistir y rechazar las incitaciones al consumo, tales como entrenamientos en asertividad, autocontrol o habilidades de afrontamiento; la promoción de la competencia personal y social a través de acciones individuales o grupales dirigidas a fomentar la autoestima, el autoconcepto positivo, el logro y el funcionamiento del individuo o del grupo, (Swisher, 1979).

CAPÍTULO V

LAS FAMILIAS ALCOHÓLICAS

CONCEPTO DE FAMILIA Y SU FUNCIÓN

Para poder hablar de estado de salud adecuado dentro de la familia es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar (Álvarez M, 1993).

Al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. (López CM, 1986).

La familia como grupo social debe cumplir con funciones básicas que son: la función económica, la biológica, la educativa, cultural y espiritual (Ruiz Rodríguez G, 1990) y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (Ares, 1990).

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, (Molina A, 1990) la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, es decir, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico permite sustituir el análisis causa - efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a

las causas de la disfunción familiar. Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares (Horwitz N, 1990).

Es importante recalcar que el alcohólico no existe en el vacío. La enfermedad no es un padecimiento solitario y su alcance tiene impacto principal pero no exclusivo en la familia. Si bien, uno de los indicadores más claros de que una familia está funcionando bien es la coherencia, los términos que mejor describen la vida en una familia alcohólica son lo incoherente y lo impredecible. Generalmente, lo que un cónyuge o un hijo hacen cuando viven en un ambiente alcohólico, lo hacen porque en ese momento tiene lógica para ellos. En la medida en que los problemas que rodean al alcoholismo van produciendo más y más incoherencia en el hogar, es típico que la conducta de los miembros no alcohólicos de la familia constituya un intento por volver a estabilizar el sistema familiar (Black, 1991). En cuanto a la familia, siempre existe un vaivén entre el deseo de la familia de mantener su estabilidad y el deseo de cambiar y crecer. En algunas familias, la necesidad de estabilidad parece ser la que triunfa, y el cambio sólo se produce en respuesta a tremendas presiones (Steinglas, 1997).

FAMILIAS ALCOHÓLICAS

La dinámica de las familias alcohólicas se caracteriza por ser familias generalmente inflexibles en donde las reglas, por lo general, son duras lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles. En cuanto a los límites, estos tienden a ser rígidos o inexistentes. La comunicación es indirecta y encubierta en donde los sentimientos carecen de valor. Promueven la rebelión y la dependencia teniendo como consecuencia que sus miembros sean incapaces de resolver conflictos, por lo tanto, el resultado es inapropiado y destructivo (Woititz, 1983).

Los psicoterapeutas familiares describen a la familia alcohólica como una familia psicosomática, en la cual la familia parece funcionar óptimamente cuando algunos de sus miembros se encuentra enfermo. Entre las características de esta familia se descubren: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema. Así, el sistema familiar del adicto establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe de generación en generación (Guzmán, 2006). En el despertar de la enfermedad del alcoholismo, la familia con frecuencia practica su propia forma de negación ante el problema, lo cual incluye la reasignación de los roles familiares determinados por la enfermedad poniendo así a la familia en desequilibrio (Smith y Seymour, 2001).

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA FAMILIA ALCOHÓLICA

Steinglas (1989), nos menciona que el modelo de sistema de la familia alcohólica tiene cuatro principios básicos:

- 1) Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas en éste se han convertido en principios organizadores centrales en torno de los cuales se estructura la vida de la familia.
- 2) La construcción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación, en el seno de la familia. Por lo general esta alteración impulsa a la familia en la dirección de un acento sobre la estabilidad a corto plazo (regulación), a expensas del crecimiento a largo plazo.
- 3) El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico se advierte con mayor claridad en los tipos de cambio que se producen en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta, poco a poco, su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo.
- 4) A su vez los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general del crecimiento y desarrollo de la familia. Son cambios en el crecimiento normativo de la vida de éste, que ha denominado deformaciones del desarrollo.

ROLES DE LA FAMILIA ALCOHÓLICA

Aizpún, (2006) cit. en Steinglas, (1989); nos menciona que, la familia adopta roles disfuncionales que los llevan a sobrevivir la enfermedad de uno de sus miembros como son:

- 1) **El rescatador:** este miembro se encarga de salvar al adicto de los problemas que resultan de su adicción. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar ausencias, etc. Ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueve el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.
- 2) **El cuidador:** ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Ellos actúan así convencidos de que al menos "las cosas están andando". Lo que no pueden ver es que esto, los carga con tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el adicto, del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.

- 3) **El rebelde:** la función del rebelde, es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él su ira y frustración.
- 4) **El héroe:** el también está empeñado en desviar la atención de la familia hacia él, a través de logros positivos. De esta manera hace que la familia se sienta orgullosa, y ayuda a la familia a distraer la atención que tiene sobre el adicto.
- 5) **El recriminador:** esta persona se encarga de culpar al adicto de todos los problemas de la familia. Esto sólo funciona para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir consumiendo.
- 6) **El desentendido:** usualmente es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar. En realidad es una máscara que cubre una gran tristeza y decepción que es incapaz de expresar.
- 7) **El disciplinador:** este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y arremete al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos padres albergan por las adicciones de sus hijos.

FASES DE LA FAMILIA ALCOHÓLICA

Autores como Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, (1997) hablan de la "familia alcohólica". Todas las familias, fuese cual fuese su composición o edad de sus miembros pueden dividirse por motivos de conveniencia, en tres fases diferentes (primera, intermedia, tardía).

En la primera fase el alcoholismo trae problemas en la formación de la identidad familiar. En caso de surgir el alcoholismo, la familia puede tomar dos caminos opuestos: oponerse a tal conducta o no hacerlo. Si se elige el camino de la transacción, el alcoholismo puede convertirse en el "organizador familiar central", y el alcohol será incorporado en la identidad familiar. Como el alcoholismo es un estado de una familia con cierta predisposición genética, las bases de una futura identidad alcohólica son sembradas a menudo en la familia de origen, alcohólica.

Fase intermedia es la más prolongada en el tiempo y está dominada por "fuerzas reguladoras" más que por "fuerzas de crecimiento" (como en la primera fase).

- 1) En las familias alcohólicas, el alcoholismo invade las conductas reguladoras. Esto sucede cuando por ejemplo, el hecho de emborracharse se incorpora a las estrategias de solución de problemas. También, muchas veces las conductas rituales se modifican para adaptarse a un miembro alcohólico de la familia (como por ejemplo, cuando la familia no se reúne más en Navidad porque el padre se emborracha).

- 2) Las rutinas cotidianas también pueden ser invadidas por el alcoholismo. La invasión del alcohol produce una alteración en las "conductas reguladoras", en el sentido de que éstas se eligen en función de su compatibilidad con la conducta alcohólica y se desechan si son incompatibles con ella. Este proceso de invasión ocurre con lentitud, y la familia va realizando de a poco sus adaptaciones al alcoholismo. Las "conductas reguladoras" de la familia pasan ahora a cumplir la función de mantener la conducta alcohólica crónica. En ese momento el funcionamiento familiar se vuelve más rígido, en el sentido de que aumenta la dificultad para desarrollarse y crecer. Los aspectos del crecimiento personal de los miembros de la familia son mal atendidos hasta el punto que cada integrante se las arregla como puede. Es probable que las declaraciones de los integrantes del grupo familiar se relacionen con el sentimiento de aburrimiento y distancia emocional.

En la última fase las familias alcohólicas, deben decidir si transmitirán o no a la generación siguiente el legado de familia alcohólica. La familia debe aclarar su posición en lo relativo al alcoholismo. El uso de conductas relativas al alcohol como parte de las estrategias de soluciones a corto plazo vuelve a ser discutido por algunos miembros de la familia. Frente a la presión de tener que definirse respecto a su identidad alcohólica la familia se ve obligada a hacer una declaración explícita en relación con el alcoholismo. Por ejemplo puede responder pasando de un estado de consumo a uno abstemio, y tratar de dejar atrás al alcoholismo. En tal caso decimos que la familia abandonó su identidad alcohólica. Por otro lado la familia puede responder reiterando su negativa a dejar de beber y sin embargo continuar adaptando las conductas reguladoras al miembro alcohólico.

TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL ALCOHOLISMO.

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

El interés por la transmisión a través de las generaciones como aspecto importante del alcoholismo ha sido estimulado por un impresionante grupo de conclusiones relacionadas con la incidencia familiar del alcoholismo crónico (Cotton, 1979).

Como ha quedado demostrado ahora en muchos estudios, los hijos con padres alcohólicos exhiben una probabilidad muchísimo mayor de llegar a ser alcohólicos cuando pasan la edad adulta. Por ejemplo una cifra citada con frecuencia es la que de los hijos de padres alcohólicos tienen cuatro veces más posibilidades de ser alcohólico que los hijos de padres no alcohólicos (Cotton, 1979; Midanik, 1983).

Dos estudios recientes proporcionan estadísticas puestas al día sobre la incidencia del alcoholismo familiar en la sociedad norteamericana (McKenna y Pickens, 1981), informaron que entre la mujer alcohólica, el 41% tienen padres y el 8% madres también alcohólicas. En tanto que el alcoholismo de los padres es así mismo elevado entre los varones alcohólicos, su incidencia no es tan elevada: el 28% con padres alcohólicos y el 5% con madres alcohólicas.

LA ESPOSA DEL ALCOHÓLICO

Los estudios sobre el alcoholismo suelen tratar a la familia en función de la actitud con el paciente, descuidando el efecto que este causa a sus allegados, pero existen problemas característicos de cada uno de los miembros como nos menciona (Gradillas, 2001).

En ocasiones los médicos conocen el problema alcohólico de una casa no directamente, sino a través de la enfermedad de la mujer. Además de trastornos psíquicos, la esposa presenta otros problemas de salud (cefaleas, alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares, etc.) se ha de tener en cuenta que convivir maritalmente con una persona alcohólica trae consigo continuo sufrimientos, debido fundamentalmente a circunstancias estresantes aislamiento, economía); afectividad anómala (ansiedad, culpa, depresión) insatisfactoria vida sexual. Así mismo la esposa presenta diferentes actitudes y reacciones para afrontar el estrés extremo y su propio malestar interno mencionado por Gradillas, (2001) y son:

- **Aislamiento:** El círculo de amigos comunes cada vez se reduce más. En general, no se acepta socialmente a la familia alcohólica, y esta tendencia excluyente implica a la mujer. Por su parte ésta trata de limitar sus relaciones sociales por temor a que su marido protagonice situaciones embarazosas. También se aparta de sus propias amistades. Su familia de origen tampoco muestra, por lo general, una actitud comprensiva que le facilite romper el aislamiento. Posiblemente los propios padres y hermanos, ya le avisaron antes de casarse de las consecuencias de su matrimonio. La familia alcohólica con relativa frecuencia, tiende a actuar como si la teoría de la “esposa alcohólogena” fuera un dogma, más o menos veladamente, de ser la causa de que su familia haya sido alcohólica o que persista en ello, y no se recupere.
- **Economía:** Sólo en contados casos el presupuesto doméstico no sufre sustancialmente cuando el marido padece alcoholismo. Si todo el dinero disponible en la casa entra a través de él, la situación suele ser muy

precaria: su negocio rendirá menos, su empleo probablemente peligrará, etc. Por otro lado el gasto diario adquiere proporciones excesivas, sobretodo si la bebida habitual no se limita al vino o a la cerveza. Por ello, no es de extrañarse que el patrimonio familiar, si existe, llegue a desaparecer.

- **Imprevisibilidad:** El humor del alcohólico cambia con extrema frecuencia, especialmente en el ambiente doméstico. Las emociones de un momento a otro pasan de estar triste a sentirse ansioso, y de este estado irritable o colérico, sin que haya modificaciones apreciables en las circunstancias externas. También su comportamiento, en general, resulta brusco e inesperado. Debido a lo imprevisible del sujeto, los familiares no saben a qué hora llegará, ni si entrará tranquilo o profiriendo gritos y amenazas. Así la mujer y los niños desconocen si la excursión que han preparado se va a llevar a cabo, etc. Esta tensión ante lo imprevisible produce agotamiento en la familia, pero sobretodo en la esposa.
- **Ansiedad:** La esposa del alcohólico siempre tiene el alma en un hilo, por los diferentes problemas que puede ocasionar el marido. Le preocupa que su salud, ya precaria, se convierta en un proceso irreversible, le inquieta que sufra un accidente de tráfico de graves consecuencias para él y para otras personas, le impacienta que provoque una trifulca y sea agredido, teme que sea engañado.
- **Culpa:** A la esposa le viene a la mente su posible fallo en el área sexual, su escasa atención a las necesidades afectivas del compañero, su insuficiente dialogo o el no haberlo atendido en algún otro aspecto. La propia inculpación surge a veces de creer que no esta poniendo de su parte el suficiente empeño en ayudarlo a superar la adicción al alcohol. Asimismo, la culpa en la mujer puede aparecer por los deseos que le vienen a su mente de iniciar los trámites de separación, o de que sobrevenga a su marido una enfermedad o un accidente y que desaparezca.
- **Depresión:** Con relativa frecuencia se encuentran mujeres depresivas cuyos maridos abusan del alcohol, aunque en los primeros contactos el problema a veces se oculte. El porcentaje de mujeres con el ánimo abajo se eleva, cuando se entrevistan separadamente a los maridos alcohólicos y se comprueba que la mayoría sufre intensa tristeza, desánimo, baja autoestima, etc.
- **Sexualidad:** Es otra función del matrimonio que generalmente desaparece. El componente amoroso de la relación se suele desvanecer, y con ello, la mujer pierde interés por cualquier tipo de actividad sexual. Al anularse el deleite sexual, con el tiempo comienza la mujer a sentirse más desgana para participar en el acto. No tardará en tener aversión al mismo, en particular cuando su marido pretenda la sexualidad en circunstancias poco oportunas, como el estar ebrio y sin mostrar afecto alguno.

LOS HIJOS DE PADRES ALCOHÓLICOS

EL NIÑO

En cuanto al desarrollo infantil, el psiquismo se muestra más vulnerable al estrés en determinadas etapas. Si el comienzo del problema alcohólico paterno coincide con una de estas etapas, el efecto nocivo será mayor. Así mismo a veces el hijo siempre ha conocido al padre como bebedor excesivo, mientras que en otras, es mayor cuando vive la embriaguez en la familia inmediata. A los niños sensibles les afectará en extremo así como a los apegados a la casa, dado el ambiente incómodo del hogar. Por el contrario, en el caso de los niños más despegados, que desarrollen sus actividades en el colegio y en sus amigos, las consecuencias del alcoholismo tenderán a ser menores.

Si hay una buena y estrecha relación entre los hijos y su progenitor alcohólico, los efectos del alcoholismo en el hijo serán distintos a los que producirá una relación distante o antagónica, en el primer caso el sufrimiento y las reacciones afectivas serán mayores, y la disposición para colaborar en el tratamiento será más favorable (Gradillas, 2001).

DAÑO QUE PUEDE CAUSARLES A LOS HIJOS DE PADRES ALCOHÓLICOS

Los efectos sobre los hijos del consumo exagerado de alguno de los padres dependen de la personalidad del niño, de la actitud del progenitor alcohólico y del que no lo es. Se tiene en cuenta las diversas circunstancias estresantes (aislamiento social, tenso e incluso violento ambiente de la casa, incoherencia del comportamiento paterno), el modelo impropio, las reacciones afectivas anómalas (ansiedad, culpa), y la predisposición a padecer el trastorno alcohólico. Consideración especial se observa con los hijos en la etapa de adolescentes y con los primogénitos (Gradillas, 2001).

Hay una estrecha relación entre los daños psicológicos y las trabas sociales resultantes. A nivel psicológico, puede haber un aumento general y no específico en el nivel de ansiedad en ese niño. Este se manifiesta en que el niño se muestra ansioso en sus relaciones tanto dentro como fuera del hogar; se muestra ansioso en el ambiente escolar, con las consecuentes trabas sociales y de aprendizaje, y es posible que presente síntomas claros de neurosis o de trastornos de la conducta, Pero así como hay un impacto general en la salud psicológica, también pueden verse afectados varios procesos dinámicos importantes relacionados con el desarrollo psicológico. Por ejemplo, puede ocurrir que al hijo le falte un modelo satisfactorio cuando el padre de su mismo sexo es el alcohólico y puede haber una relación alterada o ambivalente con el padre del sexo opuesto, que puede dar por resultado algunos sentimientos que posteriormente van a ser expresados en otras relaciones (Edwards, 1986).

La variedad y el grado de los daños que pueden causarles son extensos y dependen de la personalidad del hijo, del grado de apoyo emocional de uno de los padres, de la variedad de otros apoyos sociales y emocionales disponibles y de la edad del hijo en el

momento en que uno de sus padres se vuelve alcohólico. También es importante considerar el comportamiento real del padre cuando está ebrio; si hay peleas continuas, discusiones o violencia, el impacto será mucho más adverso que en los casos en los que la ebriedad no está asociada con la agresión verbal o física. Un problema de alcoholismo de cualquier grado o naturaleza, que trae como consecuencia lo que en resumen puede describirse como una pésima atmósfera familiar, ataca el centro de lo que la vida familiar debe proporcionar a cualquier hijo (Edwards 1986).

No se sabe con certeza quién sea más dañino: si la madre o el padre alcohólico. Es posible que los niños y las niñas reciban un impacto diferente. Si uno de los padres, cuando está ebrio, continuamente fastidia a uno de sus hijos en particular, lo regaña, lo critica, lo humilla o lo golpea (Edwards, 1986).

Sentimiento de rechazo: Este sentimiento de rechazo le viene al pensar que si su padre le quisiera no tomaría las bebidas alcohólicas que conllevan efectos tan dolorosos para él. La existencia de un modelo alcohólico determina en la mayor parte de los casos intensos sufrimientos y disminución de las posibilidades de lograr una personalidad más madura, presentando sentimientos como son:

- **Ansiedad:** con frecuencia los hijos de los alcohólicos experimentan una inquietud y desasosiego evidente. Su nerviosismo se manifiesta en la escuela, en todas las relaciones con otra persona y muestra una excesiva sensibilidad ante las diversas circunstancias y acontecimientos de la vida diaria. Posteriormente, puede que lleguen a padecer en la edad adulta un trastorno ansioso concreto (generalizado, fóbico, etc.)
- **Culpabilidad:** a pesar de todos los sufrimientos que el alcohólico origina, el hijo generalmente quiere a su padre. Este apego afectivo proviene ya del tiempo previo al comienzo del alcoholismo y de los periodos de sobriedad. Pero el alcohólico esta constantemente creando problemas al resto de la familia y al mismo hijo, lo que muchas veces provoca en estos sentimientos de odio y malos deseos. Esta idea, a su vez, produce en el hijo sentimientos de culpa que lo hacen más vulnerable a otros factores patogénicos, aunque no tengan nada que ver con el alcoholismo (Edwards, 1986).

TEORÍAS SOBRE EL “MATRIMONIO ALCOHÓLICO”

Edwards (1986), nos habla de esta teoría la cual afirma que la mujer, en realidad, desea que su esposo sea alcohólico. Este enfoque se basa en el hecho de que algunas mujeres tuvieron un padre alcohólico y se afirma que, en consecuencia, esas mujeres se casan con un alcohólico con quien pueden continuar representando sus problemas dinámicos no resueltos. Ella impide el tratamiento en forma sutil o abierta, persuade a su esposo de que se dé de alta del hospital antes de tiempo y le dice que unas cuantas copas no le harán daño alguno. Incluso le compra una botella y se la lleva a casa y le dice que “es una persona desagradable cuando está sobrio”. Si el esposo insiste en recuperarse, según esta teoría, la esposa puede descompensarse y desarrollar una

enfermedad depresiva, que la esposa subconscientemente desea que su esposo beba; que se casó con él sabiendo que era alcohólico, que se aprovecha al verlo débil e inferior, que le ha agradado tomar las riendas de la casa y que desea que se confirmen sus expectativas de que los hombres son inútiles. Disfruta mostrándose maternal y dominadora, etc. Sin embargo, se pueden cometer graves errores al dejarse persuadir de que ésta es la descripción del matrimonio alcohólico y al tratar de interpretar en estos términos todos los matrimonios de este tipo. Por ejemplo, la realidad puede ser que cuando el esposo empezó a beber en exceso la esposa no tuvo más remedio que elegir entre dejar que el hogar se viniese abajo o tomar las riendas del mismo; por tanto, puede apreciarse que su aparente “autoridad” es sólo un ajuste. (Edwards, 1986).

En algunas investigaciones se ha propuesto que las reacciones de la esposa pasan a través de una serie predecible de etapas. En realidad, las pruebas no apoyan el concepto de que todas las esposas siguen exactamente el mismo camino, pero en ocasiones se pueden reconocer algunas fases. Al principio, la esposa rehúsa o vacila en admitir que en efecto el alcohólico es un problema y hace los primeros intentos por controlar o prevenir la conducta problema. La familia comienza a aislarse de la sociedad, en parte como una estrategia de protección, rechazan cualquier invitación, no reciben llamadas telefónicas ni visitan a sus familiares. Posteriormente, la esposa entra en una fase en la que empieza a darse cuenta de que sus estrategias no funcionan, que las cosas empeoran en lugar de mejorar y que se les está acabando el dinero (Edwards, 1986).

Es posible que empiece a temer por su propia cordura y la invada una sensación continua y general de alejamiento, temor o ira. En esta etapa o antes, la esposa tal vez empiece a pensar en que “debe hacerse algo”, intenta persuadir a su esposo de que busque ayuda. Si no hay mejoría, es posible que el matrimonio se deshaga o que continúe durante varios años más en una fase caracterizada por estrategias, a la que puede denominarse:

- **Fase de rodeo:** Dado que el orden de las fases puede variar grandemente, se recomienda intentar evaluar la estrategia que emplea la esposa en cualquier etapa, ya que esto puede ser útil en la terapia. Una de estas estrategias es precisamente el rodeo (o repliegue). En esta estrategia se limitan, hasta donde sea posible los contactos
- **Fase de ataque:** La esposa trata de controlar la conducta de su esposo con regaños, gritos, amenazas de abandono o incluso en ocasiones lo arremete físicamente. Ella le dice que está consultando a su abogado o le tira el licor por el fregadero, etc.
- **En la manipulación:** Se incluyen varias conductas, tales como tratar de avergonzar al bebedor; para esto la mujer demuestra su angustia y subraya el sufrimiento de los hijos y también se embriaga a propósito “para mostrarle cómo se ve”. Los mitos también pueden ser otra estrategia; la mujer cuida de su esposo en las resacas, mantiene la cena caliente para él, ya sea que esté ebrio o sobrio, o le promete tratos especiales si él mejora su conducta.

- **Manejo constructivo:** En ésta la esposa mantiene su dignidad, protege y cuida a la familia, asegurándose de que las finanzas del hogar estén en el mejor orden posible mientras ella va a trabajar. Se asegura de que a los hijos no les falte nada, ella misma pinta la casa y arregla el jardín.
- **La búsqueda de ayuda constructiva:** Es una estrategia que se caracteriza por el hecho de que la mujer va a visitar al médico familiar y le pide que hable con su esposo, se entera de la existencia de Alcohólicos Anónimos y deja algunos folletos en varias partes de la casa para que su esposo los encuentre y los lea, o va a la biblioteca pública y lee algunos libros sobre el alcoholismo y para tener una mayor comprensión del problema (Edwards, 1986).

El sujeto alcohólico desatiende poco a poco las obligaciones relacionadas con el trabajo, los negocios y la familia. Las funciones que abandona han de ser realizadas por otros miembros de la familia, que generalmente es el cónyuge. Este se ve obligado a realizar funciones para las que no está preparado, con las consiguientes deficiencias y efectos que ello produce en los hijos. A veces, la madre (si el padre es el alcohólico), de un modo más o menos directo, procura que el hijo mayor varón se vaya ocupando de los quehaceres que antes desempeñaba su padre. Este hijo se preocupa de mantener la disciplina entre los hermanos pequeños, tiene que dejar los estudios para aportar dinero a la casa, y es a él a quien su madre consulta los problemas del hogar. Si la madre es quien consume alcohol en exceso, el padre tendrá que realizar las tareas que en nuestra cultura son propias de la mujer. La incapacidad del padre para estos menesteres da lugar a veces a que la primogénita sea quien cuide de sus hermanos pequeños, prepare las comidas, y lleve la casa adelante (Edwards, 1986).

MATRIMONIOS EN LOS QUE LA ESPOSA ES ALCOHÓLICA.

El alcoholismo materno parece ser más perjudicial que el paterno para la personalidad del niño. Este efecto posiblemente sea debido que la madre tiene más peso en la familia en el aspecto emocional. El hecho de que, desde el punto de vista económico, es más fácil que el hombre abandone a una esposa alcohólica que una mujer deje al esposo alcohólico. A pesar del sufrimiento continuo, quizás la esposa se abstenga de recurrir a la separación, ya que no tiene los medios para sostenerse a sí misma y a sus hijos. Para el esposo es más fácil optar por separarse de su esposa, ya sea llevándose a sus hijos consigo o renunciando a sus responsabilidades (Edwards, 1986).

ALCOHOLISMO FEMENINO

La panorámica del alcoholismo femenino en nuestro país ha variado en los últimos 20 años, sobre todo por el aumento de mujeres alcohólicas con relación a los hombres, y la disminución de la edad de inicio del consumo.

La mayoría de los estudios en el alcoholismo femenino están referidos a mujeres que han acudido a centros de asistencia y rehabilitación, y coinciden en la descripción de un determinado perfil de mujer alcohólica mujeres de entre 35 y 50 años, con una media de 10 años transcurridos entre la edad en que aparecen los problemas y la llegada al centro de tratamiento (Bogani E, 1987).

Asimismo, estudios más recientes incluyen el maltrato en el perfil de mujer alcohólica. Esta situación se da tanto en las propias usuarias como en las que acuden para apoyar a sus parejas. Estos trabajos estiman que la incidencia de problemas de alcohol en familias que experimentan violencia puede situarse entre un 50 y un 75%. (Chait L, Zulaica B, 2005).

LA MUJER ALCOHÓLICA EN NUESTRA SOCIEDAD

La posición de la mujer alcohólica en nuestra sociedad es difícil, porque es cierto que aparecen algunas modificaciones en la actitud social y el enjuiciamiento moral del alcoholismo, éstas, en todo caso, apuntan hacia una mayor tolerancia del alcoholismo en el varón, pero no en la misma medida para la mujer alcohólica (Hernández Boado, 1993).

El consumo de alcohol define reglas diferentes para cada sexo, siendo para los varones una conducta abierta y permitida que da prestigio, mientras que para la mujer, es algo oculto, prohibido, que la devalúa por lo que en estos dobles estándares se crean estereotipos negativos sobre la conducta de las mujeres. La mujer que bebe no es compatible con el ideal social de la mujer “ejemplar”; por el gran peso que carga por su rol maternal (a pesar de su incorporación al mercado laboral) está ligado a la satisfacción de las necesidades de otros: hijos, pareja, familia, trabajo, menos de ella misma.

Socialmente puede existir una mayor incompreensión y rechazo ante una mujer que se encuentre alcoholizada que ante un varón en las mismas condiciones por lo que la posibilidad de tener serios problemas laborales y en la familia a causa del alcohol se multiplican por el hecho de ser mujer.

Con todo este estigma social detrás de sus espaldas, las mujeres alcohólicas sienten que han fallado como esposas, como madres y como mujeres, se sienten culpables; de hecho, el consumo de la mujeres es mucho mas aislado, beben solas tratando de que nadie se de cuenta, es el famoso alcoholismo de buró y en cambio en los hombres alcohólicos el consumo es más abierto (Hernández Boado T. 1993).

Sería importante que los programas de alcoholismo en los que están incluidas las mujeres tuvieran ciertas características específicas, tales como: proporcionar información sobre los riesgos específicos que presentan las mujeres ante la ingestión de bebidas alcohólicas, evitar críticas que puedan incrementar los sentimientos de baja autoestima y ocultamiento del problema, intentar que la primera visita la realice una

mujer y potenciar grupos de autoayuda para mujeres. Aunque la mujer se siente aceptada por sus iguales alcohólicos, el nivel de acercamiento al grupo sería mucho mayor si, además de estar unidos por el alcohol, les uniera también la homogeneidad de género (Bach, 1997).

TIPO DE ALCOHOLISMO EN LA MUJER

Tradicionalmente la mujer ha bebido menos que el varón. En efecto la mujer debe beber menos, ya que su organismo tolera peor el alcohol. Debido a su mayor contenido de grasa y menor proporción acuosa, en el cuerpo femenino se produce una alcoholemia más elevada tras una ingesta, por kilogramo de peso, igual a la del varón lo que resulta más perjudicial., aunque su velocidad de metabolización de etanol sea más elevada. Así bastara una ingesta de 20 g de alcohol puro al día (un vaso grande de vino) para que, en el plazo de unos diez años, aparezca, del 60 % de casos, un deterioro considerable Coló, (1982), nos menciona los dos tipos de alcoholismo femenino los cuales son:

TIPO I. SUS PAUTAS DE INGESTA CAMBIAN RELATIVAMENTE TARDE:

- Empieza a aumentar la dosis por encima de los 25 años.
- El incremento se hace en relación con acontecimientos o crisis vitales concretas que ella no puede superar.
- El consumo del alcohol va acompañado de grandes sentimientos de culpa.
- Su vida privada esta desordenada
- Si la mujer es una profesional, tienen éxito en el trabajo
- Ha tenido muchas molestias psicósomáticas antes de la dependencia al alcohol.

TIPO II SUS PAUTAS DE INGESTA SON PRECOZMENTE DISTORSIONADAS:

- Empieza a beber relativamente pronto, abusando entre los 15 y 25 años.
- Las primeras experiencias son consumo abusivo puntuales, más un consumo elevado sostenido.
- Este elevado consumo no se relaciona directamente con circunstancias o crisis personales.
- No tienen ningún sentimiento o lo tienen muy escaso de culpa por beber; si su conducta es objeto de alguna crítica, culpa más bien al entorno.
- Describe más bien los aspectos agradables del consumo, los considera símbolo de estatus, de su estilo de vida y de toma de postura
- Su vida (circunstancias) privada es desordenada.
- No suelen tener buenas relaciones con los hijos
- Su trayectoria profesional suele ser caótica, yendo a la degradación y no hacia el éxito.
- Su estado de salud es más bien malo Pero la mujer presenta otras complicaciones como son:

DAÑO FETAL EN EL EMBARAZO DE MUJERES ALCOHÓLICAS

A mediados del siglo pasado, en Inglaterra, los reportes de un comité creado para el estudio del alcoholismo, refieren que los hijos de madres alcohólicas estaban desnutridos, con la piel arrugada y tenían un desarrollo imperfecto. En 1900, Sullivan encontró, en una prisión de Liverpool para mujeres, una alta incidencia de prematurez, mortalidad peri natal, falta de desarrollo y desnutrición en los sobrevivientes, todos hijos de madres con alto grado de alcoholismo. En los últimos 15 años, los reportes acumulados en la literatura médica permiten reconocer sin duda alguna el daño que el alcohol produce en el producto de la concepción, alteraciones que han sido agrupadas en el llamado “síndrome alcohólico fetal” (Coló, 1982).

La evidencia obtenida por los datos clínicos reportados en diversas revisiones, sugieren que el consumo diario de 89 ml. De alcohol absoluto o su equivalente por día y que es más o menos el contenido de 6 cócteles o bebidas fuertes, representa ya un alto riesgo para el feto. Como el consumo de bebidas alcohólicas puede ofrecer grandes variantes, para establecer un criterio comparativo se habla en general de tres tipos de gestantes alcohólicas (Coló, 1982).

- Grandes bebedoras que consumen como mínimo diario, la cantidad señalada anteriormente.
- Bebedoras moderadas que consumen de una a tres copas diarias.
- Bebedoras ocasionales.

En lo que se refiere el tiempo de exposición al etanol se han descrito también los daños fetales causados por el tóxico durante el primer trimestre o en las etapas tardías del embarazo. Del numeroso grupo de alteraciones del desarrollo descritas en el síndrome alcohólico fetal, Clarren y Smith cit. en Coló, (1982); han hecho 4 grupos:

- Alteraciones del sistema nervioso central.
- Definiciones del crecimiento y desarrollo.
- Alteraciones faciales.
- Otras anomalías mayores y menores.

DEPRESIÓN POST- ABSTINENCIA EN LA MUJER

Como nos menciona Gradillas (1986), existe una clara disminución de las depresiones de la esposa, cuando el sujeto se abstiene de la bebida; no obstante con frecuencia las mujeres sufren de depresiones post- abstinencia como son:

- Al ocupar de nuevo el marido la posición que tenía en la estructura de la familia, ella, que disponía de su horario y disfrutaba siendo responsable del hogar, ha de adaptarse a tener menos influencia y a sus antiguas funciones en la casa.
- El afán salvador de algunas mujeres las lleva a dedicar toda su atención a la

recuperación del marido y, al conseguirlo, de un modo más o menos consciente siente un vacío y un bajo estado de ánimo. Esta respuesta anómala presenta cierta similitud con la depresión del éxito.

- Se trata del efecto que aparece ocasionalmente tras la superación de ciertas crisis. Así, por ejemplo, una madre cuyo hijo pequeño padece una enfermedad aguda, saca fuerza de flaqueza para estar pendiente del niño las veinticuatro horas del día. Cuando el trastorno cede, aunque haya sido por curación, la madre a veces sufre un estado depresivo.

PREVENCIÓN: PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA DEL ALCOHOLISMO.

Prevenir es evitar que algo ocurra, precisamente por haber anticipado su posible aparición. Existen tres niveles básicos de prevención: primaria secundaria y terciaria. (Gradillas, 1986).

PREVENCIÓN PRIMARIA:

La prevención primaria es la autentica prevención. La prevención específica va destinada a evitar una patología completa, la inespecífica puede identificarse con la promoción de salud (calidad más cantidad de vida).

Ello implica la reducción de la oferta y demanda recordando: 1.- los criterios de riesgo, 2.- transmitir una educación sanitaria

- 1) Criterios de riesgo:
- 2) La mayoría de la población adulta bebe alcohol.
- 3) Cada vez se amplía más el espectro de bebedores (menor de edad, sexo femenino).
- 4) La capacidad adictiva del alcohol está demostrada figurando el etanol entre las sustancias psicotrópicas de mayor potencia adictivo a nivel psíquico y físico.
- 5) El alcohol no posee ningún efecto terapéutico.
- 6) Dependiendo de la dosis y la susceptibilidad individual, el alcohol siempre llega a ser dañino.
- 7) Todo individuo puede llegar a convertirse en alcohólico: sólo es cuestión de cantidad, modo y tiempo, variable según los sujetos (Gradillas, 1986).

NIVELES DE CONSUMO:

Se considera consumo <<de riesgo>> según edad y sexo lo siguiente:

- 1) Para los niños cualquier consumo constituye riesgo
- 2) En las embarazadas, cualquier consumo constituye riesgo para el feto
- 3) Para los jóvenes (varones) se establece un umbral en los 40 g/día de alcohol.
- 4) Para los adultos se estima de riesgo en cantidades desde los 20g/día, para la

mujer, y los 60g/día para el hombre

5) Para los ancianos la tolerancia es menor, siendo impreciso su umbral.

CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO:

- Enfermedades:
- Neurológicas y psiquiátricas
- Metabólicas (diabetes, gota, hipercolesterolemia).
- Hepatopatías
- Enfermedades gastroesofágicas.
- Enfermedades cardiovasculares
- Tratamientos incompatibles: con fármacos: depresores del SNC: tranquilizantes, barbitúricos, opiáceos, analgésicos habituales, antihipertensivos, antihistamínicos.
- Inhibidores del metabolismo del alcohol: disulfiran, cianamida, sulfoniruleas, etc.
- Dietas de adelgazamiento
- Tratamientos desabituación de drogas, en general.
- Antecedentes de abuso de sustancias
- Para consolarse, afrontar el estrés.
- <<Para superar>> (personalidades <<débiles>>)
- Para divertirse

TIPOS DE RIESGO.

Los niveles y las circunstancias de ingesta aludidos se refieren indistintamente tanto o riesgo físico como psicoconductual. En efecto, existe:

- Riesgo de alteraciones somáticas:
- Funcionales
- Lesiónales
- Riesgo psicoconductual
- Trastornos agudos de conducta
- Síndrome de dependencia alcohólica
- Trastornos de conducta defectuales (encefalopatías alcohólicas crónicas).

EDUCACIÓN SANITARIA

Educar no es prohibir u ordenar, sino dar la oportunidad de decidir con autonomía, al margen de las presiones sociales. La educación para la salud (homologable la educación sanitaria, si aplicamos este calificativo de esta educación más que su agente mediador) tiene siempre un poder preventivo implícito y puede ser considerada a dos niveles.

- Inespecífico
- Específico: (educación sobre drogas, por ejemplo; educación sobre la droga alcohol en este caso).

El agente educador puede ser:

- Profesional sanitario(prevención sanitaria)
- Educador (prevención escolar)
- Familia (prevención familiar)
- Sociedad (prevención social).

La educación para la salud inespecífica, que promueve el desarrollo integral del ser humano, es insuperable de cualquier prevención específica. Tal es el caso del alcoholismo, tema lo suficiente complejo como para no ser aisladamente considerado. La educación sanitaria específica, orientada hacia la orientación de una patología completa iría encaminada en lo que respecta a la drogodependencia, a modificar la relación del individuo con su droga – aquí, el alcohol- a través de una información que facilitara su toma de postura (actitud) y conducta con respecto aquella . La educación sanitaria debe apoyarse más en casos positivos que negativos; más en los beneficios de no drogarse que en los riesgos de no hacerlo.

La educación sanitaria en materia de alcohol, a de ser objetiva y sopesada cuidadosamente. En una sociedad bebedora que ha pasado además a ser un uso lúdico y psicotrópico del alcohol, una información debe ser muy aséptica y objetiva, si quiere ser escuchada. Cualquier criterio no sanitario no tendrá cabida. Entender la abstinencia sería también utópico, en un país tradicionalmente consumidor. Pero una clara transmisión, que prepare para un consumo “responsable” es ineludible para conservar y/o recuperar la salud. Por consiguiente el educador sanitario debe:

- Informar objetivamente acerca del alcohol.
- Deshacer tópicos acerca del alcohol
- Potenciar el valor de un buen estado de salud
- Destacar los beneficios de la moderación
- Aludir a los riesgos del mal uso / cantidades, circunstancias tipos de riesgo.

Puede beberse por compromiso, por no quedar mal, pero eso no excluye lo mal que puede quedarse uno.

La prevención del alcoholismo a través de la educación sanitaria requiere, para ser eficaz ser: 1) precoz, 2) global y 3) permanente.

- Las bases de futuras actitudes asientan en los primeros años de vida
- La globalidad se refiere a la educación inespecífica para la salud y a la actitud concluyente de los diversos agentes de salud e incluso de mediadores que ejerzan un efecto multiplicador del mensaje preventivo

(por ejemplo, la familia, sobre los hijos)

- La educación de unos hábitos sanos ha de ser permanente y “sobre la marcha”. El medico generalista y de familia se encuentra en una situación privilegiada para seguir de cerca todo el desarrollo longitudinal del sujeto, desde la etapa prenatal hasta la edad adulta, en algunos casos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Consiste básicamente en la detección precoz, en la que se engloban:

- Detección de situaciones de riesgo elevado
- Detención de enfermedades.

El diagnóstico podrá establecerse o no como respuesta a una demanda asistencial directamente motivada por el alcohol. Podrá constituir un diagnóstico primario o secundario, subsidiario de una reconversión de la demanda mediante:

- Diagnóstico principal, en respuesta a la demanda.
- Diagnóstico secundario (subyace en el motivo de consulta o lo acompaña).
- Diagnóstico principal, que exige reconvertir la demanda asistencial.

El médico ocupa una situación preferente para poder establecer la detección precoz de la enfermedad o hábito de riesgo, probabilidad que no siempre se aprovecha.

Edwards (1987) subraya la necesidad de estudiar la conducta del médico y la relación médico paciente. Para poder proceder al correcto diagnóstico a la mayor brevedad, los médicos se apoyan en los siguientes elementos.

- Síntomas clínicos
- Anamnesis.
- Pruebas de laboratorio
- Cuestionario diagnóstico

El dialogo directo médico – enfermo será el mejor instrumento de prevención secundaria. Se trata con una intervención barata, con un potencial considerable de beneficios.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Se puede tratar a un enfermo y pueden evitarse complicaciones. Sólo el enfermo puede desahuciarse a sí mismo, determinada patología puede ser irreversible, pero eso no obstaculiza para que, si el sujeto quiere, pueda dejar de beber, el paciente tal vez no puede recuperar su hígado dañado, pero si una mejor calidad de vida, puede recuperarse a sí mismo. El seguimiento del enfermo crónico posibilita asimismo la detección e intervención precoz en caso de recaídas, impidiendo que ésta avance (Gradillas ,1986)

El tratamiento de los casos consolidados promueve también una prevención directa, al generar el propio paciente un cambio de actitudes y conductas en su entorno (otros se frenan o buscan tratamiento a su vez).

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

En los últimos años, se entiende y se trata el alcoholismo desde un enfoque biopsicosocial. Por tanto, es necesario abordar todos los aspectos implicados en esta enfermedad. Desde el punto de vista biológico, la farmacología ha avanzado en la aparición de nuevos fármacos dirigidos a reducir el deseo de beber. Desde el punto de vista psicosocial, las intervenciones van dirigidas a incrementar y mantener la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Existe una gran diversidad de intervenciones psicosociales para este fin en función de diferentes orientaciones teóricas (Cuevas J, Sanchos, 2000).

La mayoría de las personas que sufren trastornos relacionados con el alcohol inician el tratamiento como resultado de las presiones de la familia o de su entorno. Quienes tienen mejor pronóstico son aquellos que recurren a centros asistenciales y reconocen su dependencia y adicción y el hecho de que necesitan ayuda especializada.

Los trastornos relacionados con el alcohol se pueden abordar desde diferentes tipos de terapias:

PSICOTERAPIA

Las terapias que se centran en las razones por las que el sujeto bebe suelen ser las más eficaces. El núcleo del tratamiento es siempre la situación en la que el paciente bebe, la motivación que lo impulsa a hacerlo, y las posibles vías alternativas para hacer frente a esas situaciones. Muchas veces incluir a un cónyuge o a alguien del grupo familiar es muy efectivo. Algunos terapeutas enfocan el tratamiento en los problemas de interacción con la familia, con los compañeros de trabajo y con la sociedad en general que presenta al paciente, más que en la conducta de beber. La psicoterapia se enfrenta al alcohol como un mecanismo de defensa psicológico del paciente. Es casi seguro que durante el tratamiento el paciente sufra estados depresivos que pueden remitir con el abordaje psicológico y con fármacos.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (PR)

Los programas de prevención de recaídas están orientados a ayudar y enseñar a los pacientes a evitar las recaídas en su consumo problemático de alcohol. Se fundamentan, en su gran mayoría, en las teorías del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de Bandura, (1997), hay que destacar el modelo desarrollado por siendo utilizado ampliamente en los últimos años en el tratamiento del alcoholismo. Aunque la base teórica es similar la aplicación puede ser muy diversa variando en número de sesiones, énfasis en determinados conceptos clave y otras variables aun manteniendo

todas ellas una orientación cognitivo-conductual. La capacidad de afrontamiento de las situaciones de riesgo es un factor muy importante en la prevención de la recaída y junto al cambio de estilo de vida y a la concienciación constituyen una tríada de (PR), (Jiménez M, Monasor, 2001). Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, análisis de las consecuencias del consumo y aprendizaje de los episodios breves de recidiva para que la prevención sea eficaz (Larimer M, Palmer S, Marlatt G, 1999).

Este tipo de programas ha sido objeto de investigación con el fin de comprobar su eficacia. Así, una reciente revisión apoya la utilización de este tipo de intervención. Las conclusiones de los estudios apuntan lo siguiente: una disminución de la frecuencia e intensidad de los episodios de recaída tras el inicio del tratamiento (Irvin JE, 1999).

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

El objetivo es disminuir o suprimir el consumo y los problemas derivados de éste. Los pacientes con dependencia leve o moderada y con rasgos de personalidad con tendencia al control y a la autorresponsabilidad pueden beneficiarse de ellas. Lo que se pretende con estas técnicas es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para ello se les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo/autocastigo y se discriminan situaciones donde es más fácil controlar el consumo (Jiménez M, Monasor, 2001).

La revisión de Rosenberg (1993), ponía de manifiesto que las variables predictoras de éxito a largo plazo eran la gravedad de la dependencia, la valoración subjetiva de la meta con relación a su consumo, abstinencia versus moderación (mejor pronóstico en mujeres, jóvenes y con nivel socioeconómico estable). Al igual que en los programas de Prevención de Recaídas se ha comprobado que la utilización de fármacos para disminuir el deseo mejora la efectividad de estos programas (Jiménez M, Monasor, 2001).

INTERVENCIONES MOTIVACIONALES

Surgen a finales de los años setenta con el objetivo de promover un cambio en el paciente en su consumo de alcohol así como en su percepción de los problemas derivados de éste. Su base teórica es la entrevista motivacional. A través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta (Miller WR, 1995). Para ello el terapeuta debe establecer una relación de empatía con el paciente evitando juicios de valor hacia éste utilizando técnicas como la escucha reflexiva y facilitar la

verbalización de frases automotivacionales. Este tipo de abordajes comenzaron a extenderse en la década de los ochenta, principalmente en el ámbito anglosajón de Atención Primaria. Entre las modalidades cabe distinguir el consejo médico, las intervenciones muy breves y las breves. Están basadas en el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, cit.en Millar, 1995) sobre los estadios del cambio. Este tipo de intervenciones son eficaces en sujetos no dependientes, es decir en individuos con consumo de riesgo, uso perjudicial o dependencia leve. Son más eficaces que la no intervención y se ha observado que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento. Además suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores (Monasor R, Jiménez M, Rubio 2003).

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Los datos sobre la eficacia de la desensibilización sistemática en el tratamiento del alcoholismo no arrojan resultados tan favorables como los encontrados en las intervenciones de los apartados anteriores. Asimismo el entrenamiento en relajación y manejo de estrés no resulta eficaz si no es parte integrante de un conjunto de técnicas aunque está clínicamente indicada en aquellos pacientes con sintomatología de ansiedad (Jiménez M, Monasor, 2001).

TERAPIA AVERSIVA

En esta técnica se castiga la conducta desadaptativa y consiste en presentar consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas (choque eléctrico o vómitos por haber tomado interdictores). Se emplea muy poco en el tratamiento del alcoholismo, además los estudios sobre su eficacia no arrojan resultados contundentes a la hora de reducir o suprimir el consumo de alcohol en los pacientes

PREVENCIÓN DE RESPUESTAS A LA EXPOSICIÓN A ESTÍMULOS

Se trata de una técnica de desensibilización que consiste en disminuir el *craving* cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, circunstancias) que anteriormente producían deseo de consumo de alcohol.

Se produce un condicionamiento por la secuencia estímulo-deseo-consumo siendo el umbral de respuesta a las señales variada e individualizada. La técnica consiste en exponer al sujeto a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales, es decir, de consumo o recaída. En sólo uno de tres estudios se consiguió con éxito un resultado positivo en el tratamiento de pacientes alcohólicos.

TERAPIAS PSICODINÁMICAS

Desde esta perspectiva, se intentan explicar motivaciones inconscientes en las conductas del paciente, así como fijaciones y traumas que acontecieron en el desarrollo de su personalidad. Asimismo intentan promover mecanismos de defensa de latente autodestructivos que el consumo de sustancias como el alcohol para el individuo. Se

trabaja también en aspectos psicodinámicos relacionados con la pérdida de control (estados afectivos negativos, eventos traumáticos, rasgos de personalidad, negación persistente, aspectos sexuales, problemas de codependencia y aspectos psicodinámicos de la recaída). Son técnicas de escasa efectividad cuando el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad o deterioro cognitivo. No es eficaz cuando se emplea como modalidad única de tratamiento (Monasor R, Jiménez M, Rubio 2003).

TERAPIAS FAMILIARES

Los problemas familiares son muy frecuentes en los pacientes con dependencia de alcohol, de ahí la importancia de intervenir en las familias de éstos. Las razones son muchas y entre las más importantes está que la familia motiva al paciente para la adherencia al tratamiento lo que influye positivamente en su eficacia. El núcleo familiar también se resiente de los conflictos originados por el alcoholismo de uno de sus miembros y por esto los familiares necesitan información y ayuda profesional. Las intervenciones familiares pueden ser de orientación sistémica (Monasor R, Jiménez M, Rubio G, 2003).

TERAPIAS GRUPALES

La técnica grupal como tratamiento del alcoholismo tiene su origen en los años veinte y se utilizan en la mayoría de los centros públicos de nuestro país (Monras M, 2000). Su importancia radica en la posibilidad del paciente de identificarse con otros que tienen su problema, en comprender el trastorno y aprender estrategias para evitar las recaídas. Existen dos grandes objetivos en la psicoterapia para alcohólicos:

- El primero consiste en la abstinencia:
- El segundo, la promoción de la madurez a través de la superación de aquellas áreas más alteradas de su constelación psicodinámica

La motivación hacia la abstinencia será el objetivo primordial en la psicoterapia, ya que el segundo objetivo en términos generales, no se alcanzará si el paciente no mantiene su abstinencia. Sin embargo, se tienen que reconocer que existe una retroalimentación mutua entre el síntoma “ingesta de alcohol” y los desordenes de la personalidad del alcohólico. Si un alcohólico deja de beber, pero no alcanza ningún logro en su proceso de maduración, la persistencia de su trastorno de personalidad puede determinar una nueva recaída y, por otro lado, un paciente con síndrome de dependencia al alcohol que pretendía superar sus trastornos de personalidad sin dejar de beber, seguramente fracasará en su objetivo (Monras M, 2000).

Pero para lograr el primer objetivo, el primer paso es informar y educar al enfermo sobre la naturaleza de su enfermedad, ya que, generalmente, existe una gran ignorancia sobre todos estos aspectos, después se tienen que promover la aceptación de la enfermedad, trabajando principalmente con los mecanismos de defensa, del paciente, principalmente la negación, la racionalización, la proyección y la formación reactiva.

Posteriormente hay que educar al paciente para que encuentre nuevas maneras de manejar viejos problemas sin que recurra al alcohol. Se creará un plan de emergencia en caso de que vuelva a beber el cual puede consistir en llamar al terapeuta a cualquier hora, o presentarse al hospital, o acudir a su grupo de A .A (Monras M, 2000).

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Es uno de los tipos de terapia de los que se consideran el ideal. En la terapia de grupo se pueden distinguir fundamentalmente dos tipos:

- Los grupos dirigidos: que generalmente tienen a un profesional como líder o coordinador.
- Grupos de autoayuda, representados por “Alcohólicos Anónimos” que son grupos abiertos.

GRUPOS DIRIGIDOS Y DIFERENTES TIPOS

Los grupos dirigidos reciben esta denominación por que son manejados o coordinados por algún profesional generalmente psicólogo o psiquiatra; que es el encargado de la selección y la admisión de los pacientes, de estimular al grupo en su avance, de sugerir los temas a tratar, de interpretar lo fenómenos que vayan ocurriendo en el grupo y de evaluar el logro de objetivos para decidir la terminación de la terapia.

Estos grupos deberán estar formados por un número mínimo de siete personas y un máximo de doce. Pueden ser grupos abiertos o cerrados:

- **Los grupos abiertos:** se caracterizan por tener una población variable de miembros, es decir pueden ir entrando nuevos miembros al grupo para suplir a los que deserten o no concluyan su terapia. Este tipo de grupo es uno de los más comunes en el tratamiento del alcoholismo debido , a la naturaleza de la enfermedad y las características de la personalidad del paciente, es difícil que se mantenga un grupo por un largo período de tiempo con los mismos miembros.
- **Los grupos cerrados:** conservan a los mismos integrantes desde que empiezan hasta que terminan, generalmente son grupos reducidos, programados para lapsos breves y con objetivos muy precisos.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS GRUPOS ABIERTOS Y CERRADOS:

El grupo abierto: tiene la ventaja de ser permanente y que permite la admisión de un número relativamente grande de pacientes los miembros pueden vivenciar la tendencia a las recaídas de alguno de sus compañeros y obtener provecho de esta situación, por otro lado el ingreso de otros miembros suele promover problemáticas no tratadas antes. El avance de la terapia es más lento, pues los nuevos elementos pueden retrasar el avance de los demás miembros con mayor antigüedad.

El grupo cerrado: tienen la ventaja; de que se pueden precisar objetivos muy concretos para ser alcanzados por el grupo y una vez que se logra la integración y la cohesión del mismo, se avanza muy rápidamente, cumpliendo con los objetivos en mucho menor tiempo que el grupo abierto. Sin embargo, la inconsistencia del alcohólico y lo recurrente de su enfermedad da lugar a que sea muy difícil mantener un grupo mínimo de siete personas durante mucho tiempo y con frecuencia se termina el grupo porque sólo sobreviven uno o dos miembros después de algunos meses de iniciada la terapia. Los grupos cerrados que funcionan muy bien son los de pacientes hospitalizados por lapsos breves que oscilan entre tres y ocho semanas, ya que garantiza la permanencia de las personas. El objetivo de estos grupos cerrados por intrahospitalización es el de motivación para la abstinencia.

La psicoterapia de grupo dirigida puede ser manejada a dos niveles:

- Una primera etapa, posterior a la desintoxicación del enfermo y del tratamiento de sus complicaciones médicas, a nivel intrahospitalario, dentro de un grupo cerrado y con una duración de un promedio de cuatro semanas, persiguiendo un objetivo fundamental : la motivación hacia la abstinencia a través del conocimiento de la enfermedad, la aceptación de la misma, el derrumbe de sus mecanismos de defensa de la negación y la auto advertencia de sus conflictos no resueltos que están girando alrededor de su alcoholismo.
- Posteriormente el paciente será externado del hospital o centros de rehabilitación e iniciar una psicoterapia de grupo, con una duración mayor que puede ser entre 6 y 18 meses, dentro de un grupo abierto y cuyas metas básicas sean el reforzamiento de su motivación para la abstinencia y, fundamentalmente, la superación de sus conflictos neuróticos derivados de su constelación psicodinámica.

La psicoterapia de grupo puede llevarse simultáneamente con grupos A.A; el psicodrama o la psicoterapia individual

PSICOTERAPIA FAMILIAR:

La psicoterapia familiar está indicada en aquellos alcohólicos pertenecientes a familias sintomáticas en donde se ha formado un “sistema familiar patológico” que está siendo determinante en la progresión de la enfermedad.

Los objetivos de la psicoterapia familiar en el alcohólico son:

- Resolver o reducir el conflicto y la ansiedad patógena dentro de la matriz de relaciones interpersonales.
- Aumentar la percepción y la realización por los miembros de la familia de las necesidades emocionales de cada uno.
- Fortalecer la inmunidad de la familia frente a crisis externas e internas.

- Promover relaciones más adecuadas entre los sexos y las generaciones.
- Influir sobre la identidad y los valores de la familia de modo que se dirijan hacia la salud y el crecimiento
- Aceptar que el alcoholismo es problema exclusivo del miembro que lo padece y evitar toda actitud de presión, control, dominio o chantaje en relación a la enfermedad.

MODELO CONDUCTISTA

- **Condicionamiento clásico aversivo con parálisis:** el estímulo aversivo en esta técnica consiste en la parálisis total del sistema respiratorio (produciendo desde luego, la detención total de la respiración) del paciente mediante la inyección de 20 mg de hidrato de cloruro de succinilcolina. La parálisis y el cese de la respiración dura 60 a 90 segundos, y aunque no produce ningún efecto posterior dañino, se induce en el paciente un estado de extremo terror, ya que se ve desamparado y se siente convencido de que va a morir. La técnica fue descrita por Sanderson y colaboradores (1963).
- **Condicionamiento instrumental de escape con choque Blaque (1965):** se aplican choques de intensidad progresiva en el antebrazo con contigüidad con el saboreo de la bebida predilecta del paciente. El choque se puede suspender escupiendo la bebida, en lugar de pasarla. Se utilizó una técnica de reforzamiento parcial, y en ensayos no reforzados ocurría el rechazo al alcohol ante una señal de luz verde.
- **Condicionamiento instrumental de evitación con choque de Mc Culloch y colaboradores (1966):** los estímulos iban desde una serie de fotografías de cerveza y licores, a la vista de botellas reales, y la estimulación visual iba acompañada por una grabación que invitaba al paciente a tomarse un trago (los estímulos estaban bajo control del experimentador, quien podía hacer que se vieran o que no se vieran los objetos visuales por periodos específicos). Se incorporó en el procedimiento un estímulo de alivio. El paciente podía evitar el choque si desconectaba el estímulo condicionado en los primeros ocho segundos de su presentación. Si lo hacía, se presentaba inmediatamente el estímulo de alivio. Durante el condicionamiento se median las latencias de respuesta al EC al igual que el ritmo de pulso.
- **Terapia de amplio espectro Lazarus (1965):** ha subrayado la necesidad de aplicar la técnica de la terapia del comportamiento no solamente a tratar de detener el problema de la bebida en el paciente, el hace énfasis en la necesidad de mejorar las relaciones sociales, de eliminar las respuestas condicionantes de ansiedad mediante desensibilización, ensayo de comportamiento y contar con la cooperación de la esposa y los parientes.

GRUPOS DE AUTOAYUDA ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS:

La experiencia histórica ha demostrado la gran afectividad para el tratamiento del alcoholismo, que tienen los grupos de autoayuda representados por A.A; hermandad integrada exclusivamente por enfermos alcohólicos que se ayudan, apoyan y refuerzan mutuamente en su deseo de permanecer en la abstinencia.

Dicho grupo tiene una inspiración religiosa, basada en ritos protestantes. Estas inspiraciones religiosas fortalecen mucho el espíritu y la cohesión del grupo, dándole una relevancia moral al programa y aliviando mucho los sentimientos de culpa y la necesidad de expiación que experimentan los alcohólicos después de sus etapas de intoxicación.

El éxito de A.A. ha radicado fundamentalmente en su espontaneidad, la autonomía del grupo, la gran cantidad de ellos, (fundamentalmente en zonas socioeconómicas desfavorecidas), el ser gratuita pero, fundamentalmente, el hecho de que el alcohólico no confronte el problema de autoridad y encuentre una gran identificación en el compañero que le “pasa el mensaje”. El alcohólico respira en tales grupos un ambiente de libertad; nadie lo presiona, nadie lo dirige, nadie lo juzga, nadie lo regaña. Al mismo tiempo, encuentra una gran aceptación y efecto catártico de contar su historia en la tribuna tienen un resultado de expiación que le alivia sus tensiones.

Aunque no se cuenta con cifras estadísticas la experiencia es que aquellos que se integran a los grupos de A.A. alcanzan lapsos muy prolongados de sobriedad

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS:

Es una asociación formada por voluntarios que ofrecen apoyo a personas con trastornos relacionados con el alcohol. En muchos casos, los médicos envían a su paciente a A.A. como parte de un tratamiento multidisciplinar. Los miembros que se encuentran en esta asociación admiten públicamente su dependencia del alcohol. La abstinencia la norma fundamental. A.A es un grupo de autoayuda.

AL - ANÓN:

Es una organización para los cónyuges de los alcohólicos que está estructurada siguiendo las mismas directrices de A.A. Los objetivos de Al-Anon se articulan a través de sesiones de grupo, en los que se ayuda a los cónyuges a recuperar su autoestima, a eliminar los sentimientos de culpabilidad por el problema de su pareja y a reiniciar su vida de una forma más confortable.

Ala-teen esta dirigido a los hijos de personas alcohólicas para ayudarlos a entender la dependencia al alcohol de sus padres.

BASES DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y TEORÍA COGNITIVA SOCIAL

La teoría del aprendizaje social, red denominada actualmente como teoría cognitiva social es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Dentro de los programas preventivos su utilidad es clara (Abrams, Niaura, 1987; Cleaveland, 1994), dado que varios de los programas preventivos más eficaces parten de la misma. Por otra parte, ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los distintos elementos que llevan a su inicio, mantenimiento así como al abandono de las mismas. La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977b, 1986), haciendo la gran aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. El propio Bandura ha renombrado a la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1995, 1997), donde en este último caso un elemento central es el concepto de *autoeficacia*, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta.

Bandura, (1977b): propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta

- 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico.
- 2) El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental
- 3) El tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

- **El aprendizaje vicario:**, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como “al proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo. Para que pueda producirse el aprendizaje por observación es necesario que se produzca la adquisición de esa conducta simbólica. Esto se produce si la persona presta atención y tiene capacidad de retener dicha información.

Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1977b, 1983 1986), propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el

aprendizaje de modelos. Este tipo de aprendizaje puede hacerse mediante modelos reales o simbólicos (por ejemplo mediante películas de vídeo).

FACTORES QUE MEJORAN LA ADQUISICIÓN (APRENDIZAJE Y RETENCIÓN)

- **Características del modelo:** similaridad en sexo, edad, raza y actitudes; prestigio; competencia; celo y educación; valor del premio.
- **Características del observador:** capacidad de procesar y retener información; incertidumbre; nivel de ansiedad; factores de personalidad para conductas específicas.
- **Características de la forma en que se presenta el modelado:** modelado real o simbólico; utilización de varios modelos; modelo de habilidades progresivas; procedimientos de modelado gradual; instrucciones; comentario sobre lo importante y las reglas; resumen realizado por el observador; ensayo; minimización de estímulos distractores

LA SITUACIÓN DE LA BEBIDA

La persona bebe en un momento concreto en función de su pasada historia de aprendizaje social. Para evaluar este aspecto el análisis conductual o evaluación conductual de su conducta problema nos permitirá delimitar los factores antecedentes y consecuentes de la misma. Algunos de los antecedentes más importantes para beber son las situaciones ambientales, las creencias y expectativas, el repertorio de habilidades de afrontamiento generales y específicas acerca del alcohol y el estado actual tanto fisiológico como cognitivo y emocional de la persona en el momento de beber. Las consecuencias de beber se pueden agrupar en los efectos reforzantes del alcohol y en los castigos (o penalizaciones) que el mismo acarrea. Para la teoría del aprendizaje social son, sin embargo, los factores cognitivos los que modulan todas las interacciones persona ambiente. Por ello la decisión última, de beber o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra. Una cuestión importante es por qué los alcohólicos continúan bebiendo a pesar de las serias consecuencias negativas para su salud física, bienestar psicológico y funcionamiento social. Otra es por qué después de un periodo de abstinencia vuelven a un beber peligroso (Wilson, 1988).

La teoría del aprendizaje social lo explica a través de dos conceptos: *el deseo y la pérdida de control*. En suma, la teoría del aprendizaje social nos permite explicar por qué las personas consumen o no alcohol, y los modelos que se proponen suelen partir de la misma en muchos casos (Secades, 1996; cit. en Echeburúa, 1996). También permite explicar por qué las personas pasan del uso, al abuso y a la dependencia y a cómo pueden dejar de beber. Todo ello permite ver la clara utilidad de la misma.

EL PROCESO DE INICIACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL

En la iniciación del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: la influencia de la familia y de los pares, la influencia de modelos y el desarrollo de experiencias relacionadas con el alcohol.

La influencia de la familia es clara al ser el alcohol una droga permitida socialmente. Es en el seno familiar donde habitualmente los niños se inician en el consumo del alcohol y cada sociedad tiene unos peculiares usos sancionados acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social. Una parte de este modo social de beber, en nuestra actual sociedad, va a llevar a un beber abusivo.

En un segundo momento son *los pares o grupos de iguales* los que van a tener más importancia que la familia en el proceso de socialización y de aprendizaje de las normas sociales. Ambos, la familia y el grupo de iguales, van creando en el niño o adolescente actitudes, costumbres, ideas y valores hacia el alcohol que lo van a marcar de modo importante para su futuro consumo de alcohol. Revisiones como la de O'Leary, O'Leary y Donovan (1976), han demostrado que el mejor predictor de los hábitos de consumo de alcohol en adolescentes son las actitudes y conductas de los padres hacia el alcohol. La influencia de los modelos tiene gran relevancia en nuestra sociedad, ya que los medios de comunicación de masas sugieren modelos deseables y modelos indeseables.

Finalmente, la persona aprende cómo actuar con el alcohol, junto a los factores anteriores, con sus experiencias directas con el alcohol. Es evidente que *la influencia directa* con el alcohol no siempre tiene que ser el factor más importante acerca del futuro uso y abuso del alcohol. Más bien son los factores previos los que van a incidir de modo muy importante en la experiencia directa con el alcohol. Los factores previos crean expectativas acerca del alcohol que se van a cotejar con la situación real de bebida. Las primeras expectativas sobre el alcohol, formadas en el medio familiar y en el grupo de pares, y luego reforzadas por los medios de comunicación de masas, va a incidir de modo directo con la experiencia con el alcohol.

El déficit en habilidades sociales para afrontar las situaciones cotidianas que se nos van presentando es el factor que explica en un momento del tiempo el abuso del alcohol. Una habilidad social adecuada posibilita disminuir el nivel de ansiedad que puede estar presente en situaciones interpersonales y sociales.

O'Leary et al. (1976) nos menciona Su carencia incrementa la ansiedad social e impide dar una respuesta adaptativa. Si el individuo no la tiene puede beber para encontrar en la bebida esa respuesta si en el pasado ha encontrado que bebiendo se le alivia el estrés a corto plazo. Si esto se va repitiendo a lo largo del tiempo el déficit en habilidades sociales puede ser crónico y el abuso de alcohol incrementarse hasta hacerse crónico.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL SOBRE EL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL

El consumo de alcohol estaría determinado, según la teoría del aprendizaje social por:

- Indicios ambientales antecedentes, que pueden a través del condicionamiento clásico, facilitar la urgencia a beber.
- Las consecuencias conductuales de beber, que pueden actuar como reforzamiento positivo, reforzamiento negativo o estímulo aversivo.
- El aprendizaje vicario, en el que la persona sirve de modelo de la conducta de beber de otros.
- Variables personales, tales como habilidades sociales o competencia en el afrontamiento de conflictos interpersonales.
- Procesos autorregulatorios.
- Factores cognitivos, tales como las expectativas aprendidas.

Pero los efectos del consumo de alcohol varían en las personas, y son una función compleja de diversas influencias psicosociales, como son: la historia de aprendizaje social de la persona, sus cogniciones, tales como sus expectativas o creencias sobre los efectos del alcohol, y la situación física y social en la que el beber ocurre.

Abrams y Niaura (1986), en una extensa revisión de la teoría del aprendizaje social (TAS) aplicada al consumo de alcohol, consideran que esta teoría se asienta en nueve principios básicos:

- 1) El aprendizaje de beber alcohol es una pauta integral en el desarrollo psicológico y en la socialización dentro de una cultura. Esto es, las conductas de beber, las creencias, actitudes y expectativas juveniles acerca del alcohol se forman fundamentalmente a través de la influencia social, esto es, de la cultura, familia e iguales. Una parte importante del aprendizaje acerca del alcohol tiene lugar antes de que el niño o adolescente pruebe por primera vez el alcohol. El efecto de modelado a través de los padres, hermanos y familiares, personas de su ambiente social y medios de comunicación de masas, permite el efecto de adquisición (aprendizaje y retención). Tal efecto de modelado, a través de las influencias indirectas de actitudes, expectativas, creencias, acciones de otras personas y refuerzo social por beber alcohol van produciendo un aprendizaje para la posterior vida juvenil y adulta. Sin embargo, la TAS apunta que la influencia de los agentes de socialización puede ser necesaria pero no suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol.
- 2) Distintos factores de predisposición (diferencias individuales) pueden interactuar con la influencia de los agentes de socialización y con las situaciones, cara a determinar los patrones iniciales de consumo de alcohol.

Las diferencias individuales pueden ser de naturaleza biológica y/o psicológica. Pueden ser hereditarias o adquiridas. Así, factores genéticos y/o farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en la vulnerabilidad de los individuos. Los factores psicosociales incluyen déficit o exceso de habilidades; por ejemplo: incompetencia social o dificultad para manejar estados emocionales negativos. La ausencia de modelos de bebedores normales o la presencia de modelos que abusan del alcohol también pueden resultar en un alto riesgo para el abuso del alcohol.

- 3) Las experiencias directas con el alcohol se ven incrementadas en importancia conforme el desarrollo y experimentación con el alcohol continúa. Se considera que el uso continuo del alcohol está reforzado negativamente por factores tales como la reducción de la tensión o del estrés, y reforzado positivamente por factores tales como sus propiedades euforizantes, lo que ayuda a mejorar las interacciones sociales. Tales efectos no actúan por sí solos, sino que están mediados de modo importante por expectativas aprendidas socialmente.
- 4) Cuando un factor o varios de los factores predisponentes, que varían de individuo a individuo, interactúan en una demanda situacional en la que el individuo siente que no puede hacer frente a la misma de modo efectivo, la percepción que tiene de su eficacia es baja y aquí puede ocurrir que se de un episodio de uso abusivo de alcohol, en vez de un uso normal de alcohol. Una vez que el individuo ha aprendido que el consumo de alcohol le proporciona al menos un método de afrontamiento a corto plazo (expectativa de resultado positiva) cuando está ante una situación a la que no es capaz de hacer frente, consigue aliviar las consecuencias de la misma. Y, con ello, la probabilidad de que continúe utilizando de modo abusivo el alcohol se incrementa, a menos que sea capaz de desarrollar habilidades de afrontamiento alternativas y más adaptativas socialmente. Además, dar esta respuesta de afrontamiento ante situaciones que son un desafío para el individuo, lleva a considerar que su eficacia personal es baja en tal situación y a dejar de buscar o de realizar esfuerzos de afrontamientos alternativos y más adaptativos. A través de las expectativas aprendidas del modo anterior, o a través de la experiencia directa, o a través de una combinación de ambas, el individuo espera un resultado deseado con su consumo abusivo de alcohol. Pero su consumo de alcohol tenderá a continuar, dado que: los estresores ambientales a los que se enfrenta exceden su capacidad de afrontamiento ante los mismos; tiene una baja autoeficacia para las conductas de afrontamiento alternativas a beber; tiene expectativas de alto resultado de que el alcohol le producirá los resultados deseados, al tiempo que minimiza las consecuencias negativas a corto plazo. El cuadro anterior se mantendrá dependiendo de la importancia de las demandas ambientales que se le van presentando al individuo, de la disponibilidad de alcohol y del número de habilidades de afrontamiento alternativas que posea. En el bebedor normal se asume que el individuo tiene un adecuado autocontrol y es por ello capaz de demorar la

gratificación, con lo que puede poner en marcha estrategias de afrontamiento alternativas, aunque no siempre sean a corto plazo o inmediatas sino retrasadas o a largo plazo.

- 5) Si el consumo de alcohol continúa, la tolerancia adquirida a las propiedades directas del reforzamiento (efectos de reducción del estrés), actuará produciendo un incremento en la cantidad de alcohol ingerida, para obtener los mismos efectos que producía al comienzo del abuso del alcohol una dosis menor. Sobre este aspecto la TAS sostiene en este punto que la tolerancia adquirida a los efectos reforzantes directos del alcohol puede actuar como un mediador secundario de un mayor consumo de alcohol y también puede estar en parte determinado por factores hereditarios.
- 6) Si el nivel de consumo de alcohol aumenta y el consumo está sostenido a través del tiempo, el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica se incrementa. Aquí el consumo de alcohol puede estar reforzado negativamente por la evitación de los síntomas de abstinencia asociados con períodos agudos de abstinencia del alcohol. La dependencia psicológica también puede motivar el abuso del alcohol. En este caso el individuo confía cada vez más en el alcohol como el único modo de afrontar sus problemas psicosociales, tales como cambios de humor severos, ansiedad social y déficit de habilidades sociales.
- 7) El abuso del alcohol no resulta, sin embargo, sólo de variables biológicas, del ambiente próximo y de variables psicológicas. También ocurre que cada episodio de abuso del alcohol tiene consecuencias recíprocas tanto individuales como sociales que pueden incrementar el consumo de alcohol si se incrementa el estrés o a través de las distintas interacciones persona ambiente. En esta sucesión el individuo se hace cada vez más dependiente del alcohol para lograr resultados positivos a corto plazo (euforia, mejor interacción social, reducción de la tensión). Por otra parte, la conducta del individuo cada vez le tiene más y más consecuencias a largo plazo de tipo personal y ambiental sumamente negativas. Como es bien sabido, la conducta de beber repetidamente resulta a menudo en consecuencias sociales indeseables, tales como expresión agresiva, cambios de humor, pérdida de trabajo, divorcio y una espiral hacia abajo que le lleva al paulatino aislamiento de la sociedad y de los reforzadores alternativos. El bebedor problema severo o el alcohólico está o solo o con pobres modelos a quien imitar, aparte de tener cada vez más limitada su búsqueda de métodos de afrontamiento alternativos. La TAS sostiene en este aspecto que el determinismo recíproco predice que la reacción de otros en el ambiente (evitar al alcohólico) también resulta en un incremento del estrés, pérdida de apoyo social y un adicional descenso en la autoeficacia y en la capacidad de afrontamiento. Entonces, la pérdida de apoyo social conduce a un incremento de la dificultad de afrontamiento con los estresores ambientales que, además, resulta en incrementar la bebida que lleva a un alivio a corto plazo pero con una pérdida de apoyo social, y así sucesivamente.

- 8) La influencia de varios factores sociales, situacionales o intraindividuales del consumo de alcohol variará tanto entre individuos como dentro de cada individuo a lo largo del tiempo. La influencia de cualquier factor o combinación de factores es también aplicable al rango del consumo de alcohol, desde la abstinencia al beber social controlado, desde el bebedor episódico problema al alcohólico dependiente. Entonces, se asume que no es necesario una combinación de factores requeridos para producir un bebedor problema o bebedor alcohólico (esto es, sin personalidad alcohólica, simples marcadores genéticos o estresores ambientales), y no una inexorable progresión a través de “etapas” de alcoholismo claramente diferenciadas. Por otra parte, se asume que hay múltiples caminos biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación del alcohol, sujetos a los mismos principios del aprendizaje social.
- 9) La recuperación dependerá de la habilidad individual para elegir explorar modos alternativos de afrontamiento. Se precisan tanto habilidades de afrontamiento generales requeridas para la vida diaria como habilidades de autocontrol específicas para manejar la bebida. A través de la práctica directa, persuasión verbal, modelado y abordaje fisiológico, el individuo puede adquirir exitosas y prácticas habilidades interpersonales e intrapersonales alternativas para desarrollar niveles bastante altos de autoeficacia para resistir las demandas de la situación. El individuo puede, además, ser más autoreflexivo para identificar los potenciales ambientes de riesgo (en una fiesta) o antecedentes personales de beber (humor negativo). Los individuos pueden adquirir las habilidades autorregulatorias y habilidades de demora de la gratificación que permitirán una mejor toma de decisiones acerca del uso del alcohol. Expectativas muy positivas sobre las consecuencias del uso del alcohol serán reemplazadas por un grupo de expectativas más balanceadas incluyendo las consecuencias negativas a largo plazo. Aquellos con problemas particularmente severos de bebida, y con factores de riesgo predisponentes, deben tomar la decisión de abstenerse totalmente de beber. Otros individuos pueden tener breves episodios de beber problema. Algunos pueden ser capaces de llevar a cabo el beber controlado.

CAPÍTULO VI

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CODEPENDENCIA

En la década de 1940, después del nacimiento de Alcohólicos Anónimos, algunas personas principalmente esposas de alcohólicos formaron grupos de autoayuda para lidiar con la manera en que el alcoholismo de sus cónyuges les afectaba (Burney, 2000).

Hacia los años ochenta en el área del tratamiento del alcoholismo y toxicómanos se empezó a notar que las parejas y las familias del adicto estaban afectadas por una condición que las llevaba a actuar como catalizadores del proceso adictivo del toxicómano y que para fortalecer la recuperación y sentar las condiciones para que ésta se mantuviese era recomendable trabajar también con los facilitadores. Tanto profesionales y organizaciones como Alcohólicos Anónimos observaron que algo ocurría con las personas que estaban en relación con el adicto. Así las esposas de los miembros de A.A. empezaron a participar de las reuniones y posteriormente se deslindó Al-Anón, un programa de doce pasos para amigos y familiares de Alcohólicos, se empezó a hablar entonces de *co-alcoholismo*. Al trasladar este término a campo general de las adicciones se acuñó el término codependencia para catalogar a quienes actuaban como facilitadores del proceso adictivo de otra persona. Sin embargo, la diferencia conceptual fundamental era que, en ese momento se tomó la codependencia, como una condición que por sí misma ameritaba tratamiento, es decir, como una entidad clínica independiente. Codependientes Anónimos realizó su primera reunión en octubre de 1986 en los Estados Unidos (Burney, 2000).

- Codependiente: el prefijo "co" se entiende como el "estar al lado", se refiere a alguien que está junto, que está ayudando. Habría que destacar que la persona que está al lado "ayudando", de hecho, a lo que ayuda es a prolongar el padecimiento del "dependiente" a sustancias tóxicas al organismo (Esther Blanco, 1991).

Si bien es cierto, que el uso del término de codependencia o codependientes, se ha ajustado al ámbito de las adicciones y más recientemente, a las dependencias relacionales dentro de las parejas, precisaría que: "el o la persona codependiente, es aquella que sufre de ansiedades, tristeza, enojo, confusión mental y trastornos psicosomáticos entre otros, debido a una fuerte dependencia emocional y vida conflictiva con el enfermo adicto. El padecimiento se ha extendido ya que la codependencia abarca tanto a los que se relacionan con los que usan cualquier tipo de sustancia tóxica al organismo, como a los que se vinculan con personas que presentan algunas tendencias obsesiva -compulsivas al trabajo, al juego o a las compras, al sexo,

ante la comida y/o que tienden a relacionarse con los "adictos" a las relaciones destructivas". (Castellón, 2002).

CONCEPTOS DE CODEPENDENCIA

Melody Beattie (1987), define al codependiente como una persona que permite que la conducta de otra persona le afecte, y está obsesionado con controlar la conducta de esa otra persona. Las conductas de que pueden afectar son: el alcohol, las drogas, las irresponsabilidades, la infidelidad, la violencia, la falta de compromiso e intimidad, el desamor, entre otros. La definición señala que la persona se obsesiona por controlar. Esto significa, que la parte afectada dedica gran cantidad de esfuerzo y energía, tratando de forzar que sucedan las cosas. Controlan en nombre del amor, lo hacen por ayudar, pensando que ellos están bien y el otro está mal. La otra persona puede ser un niño, adulto, amante o un cónyuge, padre o madre, hermanos, amigos.

Riso (1999), se enmarca dentro de las corrientes que ven la dependencia afectiva como una adicción, para él, el apego patológico muestra las características básicas de cualquier otra adicción pero con algunas peculiaridades que necesitan estudiarse más a fondo. En la adicción afectiva la seguridad dependencia no está relacionada con la droga sino con la seguridad de tener a alguien. Luego en la adicción afectiva existirá también síndrome de abstinencia que será indicador de la presencia del apego patológico. Además realiza una descripción de cómo el sistema de auto esquemas se encuentra comprometido a nivel de cognición y afecto.

Para Castelló (2002), el concepto de codependencia se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias, en esta misma línea Hacken (1993), cit. en Blanco (1999), señala que a partir de la creación de la asociación de esposas de alcohólicos, con este término se pretendió enfatizar el papel que juega el cónyuge en el reforzamiento de la conducta del alcohólico.

Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente si existen características identificadas de estas personas: Se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias, generalmente alcoholismo y toxicomanías, que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento (Beattie, 1992; Hule, 1994; cit. en Castelló, 2002),

Se descuidan o autoanulan; tienen baja autoconfianza y autoestima (Linley, 1999; cit. en Castelló) y se involucran constantemente en relaciones de parejas dañinas y abusivas. Como la adicción, la codependencia es una enfermedad porque tiene un inicio, un curso de desarrollo con síntomas definidos y un fin, el mismo criterio que los médicos usan para definir una enfermedad.

Otro nombre del codependiente es el de "facilitador", pues su conducta facilita que el adicto continúe con su conducta adictiva. "El facilitador" lo que hace es negarle al

adicto la oportunidad de asumir la responsabilidad por las consecuencias negativas de su conducta inadecuada, y "ayuda" al adicto a cubrir las apariencias o a enmascarar su conducta problemática (Levinson, Straussner, 1978; cit en Blanco).

Sharon Wegsneider-Cruse (1984), la define como: “Una condición específica caracterizada por preocupación y extrema dependencia (emocional, social y a veces física) de una persona o de un objeto. A veces tan patológica, que afecta todas sus otras relaciones”.

El concepto de codependencia ha surgido en los últimos años y las teorías acerca de ella proceden, en su mayor parte, de personas que admiten tener esa enfermedad y están en proceso de recuperación, ya que siempre se hablaba del codependiente como de la persona que es compañera del fármaco-dependiente o del alcohólico el Codependiente puede ser el que vive o es compañero de una persona incapacitada, enferma crónica o con problemas emocionales y mentales de importancia (Esther Blanco, 1991).

Robert Subby, cit. en Esther Blanco (1991), define la codependencia como: “Una condición emocional, psicológica y conductual que se desarrolla como resultado de la exposición prolongada y la práctica de una serie de reglas opresivas, reglas que impiden la expresión abierta de los sentimientos, así como la discusión directa de los problemas personales e interpersonales”.

Ernie Larsen cit. por Esther Blanco (1991), la define como: “Aquellas conductas aprendidas, autodestructivas o defectos de carácter, que dan como resultado una capacidad disminuida para iniciar o participar en relaciones amorosas”.

En 1979, se definió al codependiente como la persona cuya vida no podía ya manejar como resultado de vivir en una relación cercana con un alcohólico. Un paso importante es lograr que la persona codependiente reconozca su sufrimiento, su necesidad de ayuda y que su vida empieza a no funcionar bien. Sus vidas giran alrededor de otro en una forma enfermiza; giran alrededor del cónyuge alcohólico o neurótico, del hijo drogadicto, de un padre inválido, de un hijo incapacitado, etc. Dejan estas personas de existir para sí mismas, ignoran sus propios sentimientos para ocuparse del otro con la totalidad de su energía. Su vida propia no existe, su alegría se transforma en tristeza o enojo acumulado que se nota en todo momento. Su dulzura y su compasión dan paso a una dureza y a un deseo de control exagerados. No hay nada que puedan hacer para cambiar la situación, ya que ni siquiera hay conciencia de que algo pasa ellos creen que no hay nada que hacer, que esa es la cruz que les ha tocado cargar y la van arrastrando. A este perder obsesivamente la vida propia en la vida de otros es a lo que se llama *codependencia*. Los codependientes son vistos por todos como las víctimas de los inválidos, adictos, alcohólicos, drogadictos y neuróticos. Es una enfermedad que se manifiesta en la incapacidad para lograr participar en forma positiva en una relación (Esther Blanco, 1991).

En 1986 es fundada la Institución CODA (Co-dependents Anonymous) y en 1990 es fundado el Concejo Nacional sobre Codependencia o NCC (National Council on Co-dependence), ambas instituciones en USA, que tienen como misión brindar información y recursos varios sobre codependencia y rehabilitación (C.Whitfield, 1991).

Según el National Council of Codependence, las características de los codependientes son las siguientes:

1) Baja autoestima.

- No se ven como personas con valor ni sienten amor hacia sí mismos
- Se sienten heridos fácilmente
- Se sienten incómodos cuando les hacen cumplidos
- Se sienten solos y vacíos
- Su deseo de hacer las cosas perfectas los lleva a postergar
- Se juzgan a sí mismos con severidad
- Autocríticos; nada de lo que hacen los satisface por completo
- A menudo se comparan con otros

2) Control.

- Dificultad para expresar ciertos tipos de sentimientos (dolor, amor, rabia, miedo).
- No se dejan conocer fácilmente. Sólo cuentan aquello que consideran seguro
- Les cuesta reconocer sus errores
- Les cuesta pedir ayuda
- Tienen miedo a perder el control
- Su autoestima aumenta cuando ayudan a otros a resolver sus problemas
- Sienten resentimiento cuando otros no siguen sus consejos o no les permiten ayudarles.

3) Necesidad de complacer

- Compromete sus propios valores e integridad para complacer a otros
No sabe decir "no" y si lo hace se siente culpable
- A menudo mantiene relaciones sexuales cuando en realidad no quería
Gasta mucho tiempo fingiendo que todo va bien
- Piensa que hacer cosas para sí mismo es egoísta
- Siempre antepone las necesidades de los demás a las propias
- Hace lo que su pareja o amigos quieren que haga en vez de lo que él quiere
- No le dice a los demás que está enfadado
- No expresa sus verdaderos sentimientos porque le preocupa la reacción de los demás

4) Relaciones

- Cree en el amor a primera vista
- La gente que es agradable con ellos les resulta aburrida
- Piensa que sus problemas se resolverán si consigue que su pareja cambie
No puede sentirse bien consigo mismo cuando su relación de pareja no va bien
- Se siente incompleto sin pareja
- Cree que los demás controlan sus sentimientos: pueden hacerle feliz, triste, enfadado, etc.
- Miedo al abandono o al rechazo
- Se siente responsable de los sentimientos de otros
- A menudo siente una rabia exagerada
- Necesita proteger a otros y sentirse necesitado.

La codependencia proviene en gran parte de la manera como la persona se ve en su relación con el mundo. No tiene referencia externa, se considera sin valor en si misma, necesita recibir ese valor del exterior y vive tratando que los demás la vean como ella quiere ser vista (Esther Blanco, 1991).

Siempre quiere aparecer como “buena” y llega a creer que controla las percepciones de todos. Su vida se rige por lo que cree que los demás piensan de ella y hará cualquier cosa por permanecer en una relación, por temible que esta sea, ya que sin esa relación siente que no “tiene” nada, que no “es” nada. A veces, consume una cantidad muy grande de energía en conservar esas relaciones, aunque el costo sea muy alto.

El codependiente carece de linderos definidos de su espacio vital. No sabe donde termina él y donde empieza el otro. Se siente como el otro se siente; carga con la tristeza, felicidad o enojo del otro, por eso no puede lograr la intimidad, ya que está requiere de un ser propio que no sea absorbido por otro o pueda compartirlo. Casi siempre, reconoce al enfermo el poder de determinar las reacciones y estados de ánimo de toda la familia (Esther Blanco, 1991).

El codependiente tiene como característica muy especial el que siempre marca los límites muy claramente y, al mismo tiempo, siempre deja que los demás los ignoren y los traspasen. No tiene habilidad para disfrutar espontáneamente, porque siente que pierde el control. Su pensamiento y su juicio son en blanco y negro, no tiene capacidad para disfrutar los matices (Esther Blanco, 1991).

El codependiente tiene mucho miedo de su ira, porque no sabe hasta donde lo pueda llevar. Acostumbra mentir y exagerar hasta en cosas que realmente no tienen importancia. Aparece también con mucha frecuencia un gran miedo al abandono. Por eso muchas veces busca a alguien más necesitado que él a quien cuidar y que no lo abandonará. Tiene una necesidad imperiosa de controlar las situaciones, a si mismo y a

los demás. También una tremenda ambivalencia. Un día ama al otro y al día siguiente lo odia; quiere dejarlo y quiere quedarse; quiere que se vaya y quiere que se quede y casi siempre desea las dos cosas al mismo tiempo (Esther Blanco, 1991).

Pero la codependencia ha sido definida en múltiples sentidos: como un esquema de vida disfuncional que emerge en la familia de origen produciendo un estancamiento en el desarrollo y siendo su resultado una reacción del codependiente a lo externo a él y una hiporreacción o baja sensibilidad a lo interno a él (Friel, J.C, 1988).

Aunque en principio la codependencia no es un fenómeno específico atribuible a las mujeres, puede que los condicionamientos sociales y culturales hayan determinado una alta prevalencia de este problema en ellas Llopis Llácer, J.J. También se ha señalado que los codependientes tienen los mismos rasgos que los hijos adultos de alcohólicos: exigencia de controlar a los otros y su ambiente, y un temor a la asertividad junto a una demanda extrema de amor y aprobación (Brown, 1985) Parecería, que la codependencia pudiera ser una entidad nosológica que hace referencia a un tipo de dependencia emocional y con un vínculo patológico similar al que caracteriza a aquellos sujetos que mantienen otro tipo de adicción. La diferencia entre el adicto y el codependiente no se debe a la dinámica subyacente a la adicción sino al objeto de consumo (Jauregui I, 2000).

TIPOLOGÍA DE LA CODEPENDENCIA REALIZADA POR

Se han identificado cuatro tipos de codependientes como nos menciona Vacca Rodríguez (1998):

- **El codependiente directo:** que presenta uno de los comportamientos que genera más dificultades en el proceso terapéutico porque su conducta va desde proporcionarle la droga hasta dinero o el lugar donde pueda consumir la droga.
- **El codependiente indirecto:** mantiene una conducta de oposición declarada y objetiva a la adicción del familiar pero, a la vez, protege al adicto, y evitan que se responsabilice de sus acciones.
- **El codependiente tolerante:** desempeña el rol de sufridor. Su rol no es modificar el comportamiento del adicto sino contemplar como se autodestruye pero queriendo sacar lo que queda de bueno y noble en él.
- **El codependiente perseguidor:** es el familiar más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto. Despliega un sistema de conducta para descubrirlo.

ETIOLOGÍA DE LA CODEPENDENCIA

Con respecto a la etiología del fenómeno se ha hablado de rasgos estructurales de personalidad de conductas adquiridas por aprendizaje de experiencias previas o modelos de rol o de consecuencias de la exposición constante a un evento estresante

indefinido. Las descripciones de características suelen ser contradictorias: énfasis en conductas como la autoagresión, imposibilidad de establecer relaciones interpersonales, sobre involucramiento, búsqueda de parejas conflictivas que tienen conductas compulsivas u otro tipo de desorden del comportamiento (Cermak, 1986).

Hay quienes proponen que lo que hoy llamamos Codependencia, ha existido siempre como una descripción de la víctima que es, a su vez, una caracterización cultural del rol de madre en Occidente incluso se ha propuesto que el perfil del mártir, del héroe, del altruista o ciertos estilos parentales corresponderían en gran medida con las definiciones de Codependencia y con las características de personalidad que se le atribuyen (Cermak, 1986).

INFLUENCIA DE LOS ROLES Y GÉNERO EN LA CODEPENDENCIA

Es plausible pensar que los comportamientos que se atribuyen al fenómeno de la Codependencia son aprendidos en la niñez, ya sea a través de la religión, o como atributos deseables. Las pautas interaccionales entre padres e hijos que facilitan el tipo de relación Codependiente corresponden en general a relaciones en las que se teme, se evita la libertad y la independencia (Vacca Rodríguez, 1999).

Nuestra sociedad fomenta de una manera muy importante la formación de la codependencia. Tomemos por ejemplo los dichos más comunes en nuestro tiempo:

- “Los hombres no lloran”
- “Las niñas siempre deben ser muy atentas con los demás”
- “Solo hay un modo de hacer las cosas”
- “No hables, pienses o sientas acerca del sexo, del dinero o de los sentimientos”
- “Trabaja primero y juega después”.
- “El hijo o hija mayor debe ser siempre un ejemplo para los demás!”.
- “Los hijos siempre deben obedecer a los padres”.
- “No le hables a nadie acerca de tu familia”.
- “La ropa sucia se lava en casa”, etc.

Una de las aseveraciones más aceptadas en la sociedad y que destruye tanto la verdadera libertad del hombre y de la mujer, es que las mujeres han nacido y deben ser enseñadas a complacer en todo a su esposo, no importa que sean tratadas injustamente por él y cuánta enfermedad y sufrimiento traiga a la mujer y a los hijos esa sumisión equivocada (Madonna Kolbenschlag cit. en Esther Blanco, 1991) explica cómo en la mayoría de las culturas se va equipando a la niña con dos tipos de “persona o máscara”:” la de “ser objeto deseable” y la de “vivir para el otro”.

- La de “*ser objeto deseable*”: la condiciona a tener una necesidad de aceptación y de adulación excesiva, y la hace vivir pendiente de ser ese objeto deseable, sin preocuparse ni darse tiempo para desarrollar su

personalidad propia y sostener relaciones firmes y auténticas con amigos y compañeros.

- **“Vivir para el otro”:** la segunda le enseña a olvidarse tanto de sí misma en el servicio y el sacrificio al otro, que ella misma no existe. Además, centra su vida en la espera de ese “otro” que le va a dar sentido a su existencia. Es decir, su vida no vale la pena vivirse no es en razón del “otro”. Cuando ese “otro” no llega, la joven quedará frustrada de por vida y ni siquiera pensara en la posibilidad de darle otro sentido a su vida. Muchas mujeres hoy en día estudian una carrera solamente para entretenerse mientras llega ese “otro”.

Por otro lado, a los hombres se les enseña que no deben expresar lo que sienten, ya que su papel de hombre se asocia con un nivel superior al de las mujeres y, por lo tanto, no pueden permitirse debilidades de ninguna índole, como mostrar sufrimiento, dolor o cualquier otro sentimiento. El hombre, por otra parte, debe ser educado para controlar el mundo, su familia y, por supuesto, sus sentimientos; y cuando no lo hace, se siente un completo fracaso. Siempre se espera de él que sea un triunfador, y vive su vida tratando de realizar las expectativas de los demás (Esther Blanco, 1991).

COMPORTAMIENTOS CARACTERÍSTICOS DE LOS CODEPENDIENTES QUE SE MENCIONAN CON MÁS FRECUENCIA EN LA LITERATURA:

- **Inadecuado manejo de sentimientos:** el Codependiente siente que merece sufrir porque se percibe como culpable y merecedor de la agresión del adicto. Equipara amar con sufrir y sacrificar, y busca constantemente proteger y disculpar al adicto (Beattie, 1987, 1989; Carruth, Mendenhall, 1989; Pérez, Goldstein, 1992; Margolis, Zweben, 1998; HughesHammer, Martsof, Zeller, 1998; Edmundson, Bryne, Rankin, 2000; cit. en Esther Blanco 1991).
- **Baja autoestima:** la persona Codependiente teme al rechazo y al abandono y su autoconcepto depende de lo que el adicto y los demás piensen de él. La imposibilidad de complacer a los demás es percibida como una falla o carencia de tipo personal (Beattie, 1987,1989; et al. cit. en Esther Blanco 1991).
- **Comportamientos compulsivos:** el Codependiente siente una gran necesidad de controlar a otras personas y eventos alrededor. Así, elimina o mitiga la angustia o la culpa que se produciría si la acción de controlar no se efectuara continuamente (Becnell, 1991; Margolis, Zweben, 1998; Hughes Hammer, Martsof, Zeller, 1998; cit. por Esther Blanco, 1991).
- **Dificultad de fijar límites en las relaciones con personas significativas, y en general problemas de relaciones interpersonales:** el Codependiente siente culpa y ansiedad por los defectos de los otros y llega a considerarlos como suyos. Siente que traiciona al otro si le impone límites a su conducta (Lerner, 1988; Beattie, 1987, 1989; Pérez y Goldstein, 1992; Thombs, 1994; Steinglass, 1994; Steinglass , 1987; Brown y Lewis, 1995; Margolis, Zweben, 1998; Hughes Hammer, Martsof y Zeller, 1998; cit. por Esther Blanco, 1991).

- **Estrés, enfermedades psicosomáticas y depresión:** la persona Codependiente suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés (Hughes-Hammer, Martsof Zeller, 1998; cit. en Esther Blanco (1991).

DESARROLLO DE LA CODEPENDENCIA

Los diferentes autores que han escrito la codependencia hablan de las necesidades no satisfechas del ser humano en su infancia, que le han impedido madurar adecuadamente para adaptarse a las situaciones de la vida adulta de una manera sana y madura. Estas necesidades del niño no han sido satisfechas por muchas causas, bien porque viva o haya nacido en una familia disfuncional o por la situación encontrada ya sea en la escuela, en la iglesia o en la sociedad (Esther Blanco, 1991).

Desarrollo emocional del ser humano: En circunstancias normales, el niño debe tener satisfechas ciertas necesidades básicas para desarrollarse sanamente Esther Blanco (1991), realiza una recopilación de esas necesidades basándose en ciertos autores, como Maslow (1962), Weil (1973), Millar (1989, 1984) y Glasser (1985). Dichos autores consideran indispensables las siguientes necesidades para el buen desarrollo emocional del ser humano:

- Sobrevivencia
- Seguridad
- Contacto con su piel
- Atención
- Imitación y repetición de lo que él hace
- Guía
- Ser escuchado
- Ser él mismo
- Participación
- Aceptación: Ser tomado en serio, libertad de ser él mismo, tolerancia a sus sentimientos, respeto.
- Oportunidad de llorar las pérdidas y de crecer
- Apoyo
- Lealtad y confianza
- Sensación de haber logrado: Control, poder, creatividad
- Trascendencia de lo ordinario
- Sexualidad
- Diversión
- Libertad
- Educación

NIÑO INTERIOR

Cuando las necesidades del ser humano no son satisfechas para llegar a superar la etapa que el niño vive en el aspecto físico, emocional, intelectual y espiritual, el “sí mismo auténtico”, “real”, como lo llaman Horney y Masterson; cit. en, Esther Blanco (1991). “verdadero”, como lo llaman Winnicot y Millar, cit. en, Esther Blanco (1991). O “niño interior”, como lo llaman otros clínicos y educadores, se detiene en su desarrollo.

Mientras más enferma o carente es la condición de los adultos encargados del niño, menos satisfechas son las necesidades de éste. Así, la parte que es creativa, viva, plena de ese “niño interior”, queda paralizada. Cuando sus necesidades no son satisfechas o son negadas por los padres y por otras figuras de autoridad, a ese niño le falta el alimento para crecer. Cuando ese “niño interior” no puede expresar sus necesidades y su propio ser, surge para sobrevivir un “sí mismo falso”, un “sí mismo codependiente” que se ajusta a los deseos y a las demandas de los demás (Esther Blanco, 1991).

El “sí mismo real” o “niño interior”: es el que funciona cuando somos más auténticos, más genuinos, ya que es generoso, espontáneo y comunicativo. Se acepta a sí mismo y a los demás. Siente profundamente el gozo y el dolor y puede expresar esos sentimientos. Acepta los sentimientos sin temor y sin perjuicio. El “niño interior” sabe jugar y divertirse. Es vulnerable porque es abierto y confiado. Es indulgente consigo mismo de una manera sana. Está abierto al mundo del inconsciente y acepta sus mensajes en forma de sueños, enfermedades y dificultades. Es libre para crecer y toma en cuenta su relación con otros y con el universo. Es al mismo tiempo nuestro “sí mismo privado” (Esther Blanco, 1991).

A pesar de su capacidad de sentir el dolor causado por las heridas, la tristeza, la culpa o la ira, no pierde su vitalidad. Puede sentir el gozo, la felicidad, la inspiración y hasta el éxtasis. Nuestro “niño interior” vive desde el nacimiento hasta la muerte sin necesidad de hacer nada para ser “verdadero”. Si se lo permitimos, se expresará sin esfuerzo de nuestra parte. Más bien, nuestros esfuerzos van encaminados a negar nuestra conciencia de él y su expresión libre, porque necesitamos de tal manera la aceptación de los demás, que vamos desarrollando en contraste un “sí mismo falso”, el cual se siente a disgusto, perturbado y sin autenticidad (Esther Blanco, 1991). El “sí mismo falso” o codependiente es como una máscara: es envidioso, crítico y culpa a todos. Es perfeccionista y egoísta. Se obliga a ser lo que piensa que los demás quieren que sea. Es conformista. Da el amor con condiciones. Cubre, esconde y niega los sentimientos. Cuando le preguntan: “¿Cómo estás?”, responde automáticamente: “Bien, gracias”, porque no sabe lo que siente y si lo sabe, juzga sus sentimientos como equivocados o malos. Es a veces pasivo y a veces agresivo. Parece poderoso y fuerte, pero en realidad no lo es. Nuestro ser codependiente tiende a aislarse y siempre quiere tener el control. No se rinde. Bloquea la información que le llega del inconsciente. La mayoría del tiempo, Cuando actúa ese “sí mismo falso”, se siente vacío, a disgusto, como aletargado. No se siente real, completo, integrado, sano. Siente que algo está mal.

Pero cree que así debe ser, que eso es lo normal. Ese “sí mismo falso” ha sido descrito innumerables veces. Se le ha llamado “herramienta de supervivencia”, “yo egocéntrico” o “ser defensivo” (Masterson, 1985; cit. en Esther Blanco, 1991).

Sin embargo, si esa conducta compulsiva nos daña a nosotros o a los demás, empieza a producir sentimientos de vergüenza, humillación y la autoestima baja cada vez más. Al sentir que no controlan las cosas que les suceden interiormente, tratan de controlar más lo exterior. Acabamos proyectamos el dolor en los demás. Nuestra tensión va aumentando en tal forma que empiezan a tener enfermedades relacionadas con el estrés. Esto ya nos habla de un nivel avanzado de codependencia. Después aparecen los cambios bruscos de humor, la dificultad en las relaciones íntimas y de ahí se sigue una infelicidad crónica. Mientras más bajo es el nivel de satisfacción de la necesidad del niño, más pronto entra a funcionar el “sí mismo codependiente” y más pequeño, paralizado, carente, queda el “niño interior” (Esther Blanco, 1991).

Cuando las carencias aparecen más tarde en la vida, le han dado oportunidad al “niño interior” de madurar y desarrollarse más, y el “sí mismo falso o codependiente” tiene menos fuerza y menos importancia en la vida del niño o del adulto, por lo cual es más fácil lograr la recuperación (Esther Blanco, 1991).

AMBIENTES EN LOS QUE SE DESARROLLA LA CODEPENDENCIA.

Esther Blanco (1991), analiza los ambientes en los que el niño se desenvuelve, para ver en qué forma contribuyen a que ese “sí mismo codependiente” se desarrolle.

- La Familia El estancamiento en el desarrollo normal del niño y la aparición del “sí mismo falso” o codependiente, se favorece especialmente en el seno de una familia disfuncional o adicta, cuyas principales características son las siguientes: según el cuadro comparativo con las familias que funcionan normalmente, presentado por el doctor Tom Wikstrom, de la Clínica Willough, en Nápoles, Florida cit. en, Esther Blanco (1991).

FAMILIA DISFUNCIONAL

1. No se hablan las cosas
2. Represión de sentimientos
3. Expectativas indefinidas
4. Relaciones viciadas
5. Manipulación y control
6. Sistema caótico de valores

FAMILIA FUNCIONAL

1. Comunicación abierta
2. Expresión libre de sentimientos
3. Reglas establecidas
4. Reglas a cada persona
5. Respeto a la libertad de cada miembro de la familia
6. Sistema consistente de valores

7. Actitudes rígidas	7. Flexibilidad de criterios
8. Tradiciones inamovibles	8. Adaptación al cambio
9. Atmósfera desagradable	9. Atmósfera agradable
10. Enfermedades frecuentes	10. Gente sana
11. Relaciones dependientes	11. Independencia y crecimiento
12. Envidia y desconfianza	12. Confianza y amor

La importancia de las relaciones familiares nos dan un parámetro del por qué de los codependientes es por ello que son múltiples los autores que encuentran en el seno familiar disfuncional, los factores determinantes que predisponen el desarrollo de la conducta o personalidad codependiente (Cermak, 1986; Cooper, 1995; Irwin, 1995). Cuenta en estas familias una niñez triste, enfermedad psicológica en los padres, fuertes y continuos traumas que incluyen abandono afectivo, separaciones múltiples, divorcio, maltrato físico, psicológico y abuso sexual en la familia, prácticas de crianza violentas y erráticas, problemas de uso de alcohol y drogas en sus miembros y familiares que ya padecen de y/o actúan los patrones codependientes.

Cermak (1991a, 1991b), por su parte ha planteado una relación entre codependencia y el desarrollo del narcisismo (de la autoestima). De acuerdo a este autor, ambas la codependencia y el narcisismo surgen en la niñez temprana durante la fase simbiótica del desarrollo e impiden la progresión a la fase de separación-individuación. Ambos tipos de rasgos representan procesos de "espejeo" defectuosos: las personas narcisistas se relacionan buscando aspectos de ellos mismos en los otros. Los codependientes, también buscan relacionarse con otros para ser espejados. En ese sentido el origen de la codependencia y el narcisismo involucran defectos en el espejeo, en este caso, por parte de los padres.

Todas las familias se rigen por ciertas leyes, ya sea que sus miembros estén conscientes de ellas o no. Estas leyes dicen:

- La familia puede ser definida solamente por la interrelación de sus miembros. No por la suma de sus partes.
- Todo el sistema opera sobre el Principio de Equilibrio, de modo que si un miembro altera ese orden, otro miembro lo compensará. (por ejemplo: cuando hay un padre irresponsable, el equilibrio tenderá a ser compensado por una madre súper - responsable).

Todo el sistema tiene reglas. A veces son claras y a veces implícitas. En las familias funcionales las reglas son negociables y están abiertas. En las familias disfuncionales, las reglas son rígidas y cerradas.

El elemento fundamental del sistema familiar es el matrimonio o pareja: Cuando el matrimonio presenta una alteración en la intimidad, surge el principio del equilibrio y la complementariedad. En las familias disfuncionales cuando falta ese equilibrio en la pareja, la energía dinámica del sistema empuja a los niños a crearlo. Ej.: si el papá no está satisfecho con la mamá, dirige su energía hacia su hija para satisfacer sus necesidades emocionales. Entonces se dan hijos: “*consentidos*”, “*el niño de mamá*”, “*la princesita de papá*”, “*el hombrecito de la casa*”, etc. Es decir los niños se hacen cargo del matrimonio de sus padres y son utilizados para satisfacer las necesidades de ellos, no importa el sexo de los hijos. Ej.: La hija se convierte en el papá de la mamá o del papá.

Cuando un niño es más importante para uno de sus padres que su cónyuge, se presentan las condiciones propicias para que surja el abuso sexual o emocional, donde se invaden los límites de los hijos. Es un abuso porque el padre o la madre utilizan a sus hijos para satisfacer sus propias necesidades, en vez de satisfacer las necesidades del niño. Son los padres los que deben satisfacer las necesidades de los niños y no usarlos para satisfacer las suyas propias. Un niño tiene muchas necesidades, y conforme crece, éstas van cambiando. Cuando estas necesidades no son cubiertas, empiezan a aparecer heridas que se van arrastrando a través de los años. Muchas veces no sólo no se cubren las necesidades del niño (afecto, aprobación, aceptación, identificación, confianza, autonomía, identidad, iniciativa, aptitud, conocimiento, etc.) sino que se abusa de él de diferentes maneras. No se le permite expresar lo que siente, no se le da lo que necesita, y se traspasan sus límites. El traspaso, la invasión y el dañar los límites se da por medio del abuso Físico, Sexual, Emocional, Intelectual y/o Espiritual (Esther Blanco, 1991).

- **En la escuela:** otro lugar donde muchas veces el niño es detenido en su desarrollo emocional y espiritual es la escuela. Los sistemas educativos dan una gran importancia al pensamiento lógico, al estudio, al desarrollo de nuestras capacidades de razonamiento, pero no le dan ninguna importancia a los sentimientos; por el contrario, los desdeñan como una parte inservible de nuestra personalidad. Por otro lado, el sistema escolar apoya constantemente el logro de metas a través de exámenes que refuerzan la necesidad de alcanzar más y más, compitiendo siempre y causando, en aquellos que no logran las mejores calificaciones un sentimiento de minusvalía constante que rebaja la autoestima, y propicia que se desarrollen otros métodos para tener éxito, por ejemplo: complaciendo a todos, siendo siempre el que consigue algo para el grupo o para el maestro, pues así logra sentirse aceptado, ya que sus calificaciones no son las mejores (Esther Blanco, 1991).

MANIFESTACIONES DE LA CODEPENDENCIA

La codependencia se manifiesta de muchas maneras dependiendo de la personalidad de los individuos o de la forma de relacionarse en sus familias y con los demás, Esther Blanco (1991).

Rescate:

- Una de las manifestaciones de la codependencia es la obsesión por rescatar, o “trampa del Mesías”, como se le llama también. Esta manifestación es muy común. (Stephen B. Karpman cit en Esther Blanco, 1991). Los tres pasos que se dan en este tipo de relación; rescatar, perseguir y convertirse en víctima.

Rescatar es quitarle a otro su responsabilidad y evitarle pensar, tomar decisiones, crecer, madurar. *El Rescatador o Mesías* es aquel que carga sobre sus hombros en forma obsesiva la responsabilidad de la vida de otro. El rescatador se obsesiona por solucionar los problemas de otros, desconoce sus propias necesidades y, por lo mismo, es incapaz de expresar sus verdaderos sentimientos. Debemos buscar la forma adecuada de ayudar en cada caso, pues no toda ayuda es positiva para el que la recibe, ni para el que la da. Una persona que ayuda de manera destructiva parte de la base de que si ella no ayuda “nadie lo hará”, se siente indispensable. Además, actúa como si la necesidad del otro estuviera “siempre” por encima de cualquiera de sus propias y legítimas necesidades. En el fondo, ni siquiera reconoce que tiene necesidades (Esther Blanco, 1991).

Ayudar en forma destructiva lleva consigo los siguientes sentimientos: urgencia para lograr algo, culpa, superioridad, extrema responsabilidad por la persona en cuestión, sensación de mayor competencia que la persona que es ayudada, resentimiento, miedo, etc. (Esther Blanco, 1991).

Rescatar aparenta ser un acto de gran generosidad y amistad, pero en realidad no lo es, porque cuando rescatan o ayudan a una persona que consideran incapacitada, por lo tanto la colocan en el lugar de víctima. Por su parte, la víctima, la persona a la cual proporcionan la ayuda, no está agradecida por la ayuda recibida, surgiendo mucho enojo en ambas partes.

TIPOS DE RESCATADORES

Según Carmen R. Berry, cit. en, Esther Blanco (1991), nos menciona que existen diferentes tipos de rescatadores:

- **El complaciente:** comienza con el deseo de ayudar y después toma en sus hombros la responsabilidad del otro. Las personas que entran en esta categoría se sienten responsables en forma obsesiva de la felicidad de los

otros, y experimentan sentimientos de culpa y fracaso cuando no llenan las expectativas de los demás. Los complacientes siempre dicen sí, y por eso cada día se encuentran formando parte de un nuevo comité. Hay dos clases de rescatadores que desean complacer: los organizadores y los espontáneos, los primeros organizan a personas, grupos y eventos y también se organizan a sí mismos. Los espontáneos dicen sí a todo, a cualquier persona que encuentran en el camino, y por eso entran en conflicto consigo mismos y con los demás (por compromisos adquiridos anteriormente).

- **El dador:** estos rescatadores son felices regalando todo. Se deleitan en el hecho de ver a otro recibir un regalo. Cuando oyen los problemas de pobreza que hay en el mundo, se sienten culpables y responsables de solucionar dichos problemas. Caen en la trampa cuando el solucionar los problemas de otros se convierte para ellos en una necesidad obsesiva. Cuando dan, movidos por esa necesidad obsesiva, el dar pierde su gozo y, aunque lo siguen haciendo por obligación, empiezan a sentir resentimiento por tener que desprenderse de algo que quieren. Entonces se sienten culpables por no ser generosos y para compensar esta falta de generosidad, dan y dan y esto se convierte en un círculo vicioso.
- **El protector:** Este tipo de rescatadores son los que se preocupan mucho por el bienestar de otros, hasta llegar a hacer lo imposible por ellos. Al tomar la responsabilidad de proteger, asumen una carga que sobrepasa su capacidad. Una forma en la que estos rescatadores tratan de proteger a quien ayudan es escondiendo información que es potencialmente peligrosa. Los protectores quieren tomar decisiones en nombre de sus protegidos. Se agobian más allá de lo normal. Sus sacrificios son enormes, pero se les aprecia poco porque hacen a los demás sentirse en alguna forma incapacitados.
- **El consejero:** Los rescatadores consejeros son aquellos que tienden a ayudar a personas que viven en una situación problemática. Tienen características especiales, que hacen que los demás les cuenten sus secretos y compartan su dolor. Todo mundo quiere ser escuchado y pocos realmente escuchan. Son los perfectos ayudadores obsesivos; ayudan desde al peluquero que les corta el pelo y al muchacho que les cuida el coche, hasta a sus conocidos en cenas de negocios y a los compañeros de viaje en los aviones. Por todo esto, no saben aprovechar las ocasiones que tienen para descansar y divertirse.
- **El salvador:** Este tipo de rescatadores son los que atraen a las personas que están en crisis. Muchas veces se desbordan al ayudar a unas cuantas personas que van de crisis en crisis o de trauma en trauma, dejando todo para auxiliar a alguien que tiene problemas. También son personas que sacrifican su privacidad y no pueden planear hacia el futuro, pues siempre están en servicio, atendiendo lo inesperado. Los salvadores se sienten indispensables en forma obsesiva y convierten su acción en un estilo de vida. No saben recomendar con quien pueda ayudar en cada caso; creen que tienen que hacerlo ellas personalmente.

- **El maestro:** estos rescatadores se caracterizan por trabajar con grupos. Trabajan en comités, como evangelizadores, como maestros en escuelas y universidades. Les gusta trabajar con grupos necesitados. Se considera que han caído en la trampa del rescate cuando ven su actividad como una obligación o cuando la realizan en forma obsesiva; no pueden dejar pasar ninguna invitación a trabajar. Se pueden sentir fácilmente atrapados en esta situación y llegar a creer que no son gente normal que pueden llorar y expresar sus propias necesidades. Consideran que ellos ayudan a muchos, pero que nadie los ayuda a ellos.

LAS RAÍCES DE LOS RESCATADORES

Esther Blanco (1991), nos menciona que el rescatador se gesta en la niñez de la persona. Este tipo de codependencia puede darse lo mismo en infancias aparentemente felices, como en infancias donde hay un trauma.

Llama infancias aparentemente no felices a aquéllas en las que parece no haber ocurrido nada importante, pero en realidad hubo poca atención por parte de los padres, por ausencias, viajes preocupaciones, negocios, enfermedades, etc. Por estas circunstancias, muchos de estos niños fueron privados de vivir cada etapa de su vida en forma normal, pues se les dio exceso de responsabilidades; quizá en el cuidado de otros hermanos, de sí mismos, o de otras cosas. Cuando eran pequeños se les exigía comportamiento de adultos y recibían premios si así lo hacían. También pueden ser aquellos que desde temprana edad asumieron el papel de esposo o esposa sustituto de su padre o madre ausente, tal vez en la línea de las confidencias tuvieron infancia y permanecieron sordos a sus legítimas necesidades: jugar, ser escuchados, ser atendidos, tomados en cuenta, etcétera.

Esther Blanco (1991), nos menciona otros tipos de codependencia

- 1) **Control:** El control como codependencia es el que en el fondo lleva una carga de desaprobación a uno mismo o a otros. El controlador tiene miedo de sí mismo, de su Yo interior, de lo que piensa, de lo que siente, etc.; por eso prefiere reprimir todo esto, como una forma de protección, pues cree que tratando de cambiar a otros y controlando sus vidas, se protege a sí mismo. El controlador casi siempre da en el blanco de las emociones de otros, sabe cuáles son sus puntos débiles y los explota. Cree que controlando a otros y a sí mismo estará a salvo. Gasta toda su energía buscando estrategias, consciente o inconscientemente, para estar siempre en una posición de supremacía. Generalmente trata de lograr que la otra persona no haga lo que él quiere, mostrando su desaprobación de alguna manera, y si ésta no funciona, buscará otros métodos que llevan su mensaje: “Estas mal por lo que piensas, sientes o haces; en cambio, yo estoy

bien”. Tratar de controlar a otro es exigir, en lugar de pedir o convencer; es ponerse en una posición de superioridad, es hacer sentir al otro miedo o culpa; es atentar contra su integridad; es no respetar su libertad y es no considerarlo capaz de correr riesgos y tomar sus propias decisiones. La persona controladora crea una atmósfera de enojo, de tensión y de lucha a su alrededor, ya que las personas controladas aceptan ese control para evitar conflictos y guardar la paz, pero en el fondo acumulan tal resentimiento que se abre una brecha muy difícil de salvar entre las personas involucradas. Hay muchas formas de controlar:

- 2) **Con el silencio:** El silencio es una forma no verbal de desaprobación; es una manera de presionar, que asusta a la persona envuelta en esta forma de castigo, llenándola de culpa por no hacer lo que la otra quiere. La persona controladora sabe que el otro generalmente busca aprobación y usa el silencio para que ésta se desespere y explote. Así logra su deseo, ya que el otro se siente tonto, malo, culpable.
- 3) **Con las enfermedades:** hay muchas personas que usan la enfermedad como un medio de control. Con esto tienen a todo el mundo a su alrededor pendiente de ellas. Las enfermedades pueden ser reales o imaginarias, emocionales o físicas, pero se usan como arma poderosa. Esta forma de control lleva a extremos insospechados. Se han visto casos en que las personas no quieren salir de la enfermedad, porque sienten que es la única forma de mantener viva la relación con la otra persona. Ejemplo de esto, son los alcohólicos que han sido rehabilitados y que no han bebido por años, y sin embargo, han desarrollado enfermedades que obligan a su familia a estar tan pendiente de ellos, como lo hacía cuando bebían.

SÍNTOMAS PRIMARIOS DE LA CODEPENDENCIA

Pía Melody (1984), describe los cinco síntomas primarios de la codependencia:

- En primer término problemas por una baja autoestima.
- En segundo dificultad para establecer límites o fronteras saludables. El codependiente puede no tener ningún tipo de protección, o por el contrario establece paredes a través del coraje, el silencio, el miedo y las palabras, para no permitir que otras personas se le acerquen.
- El tercer síntoma es dificultad para identificar y expresar su realidad. El codependiente puede dudar de sus propias percepciones, sentimientos, duda sobre como actuar, tiene dudas sobre sí mismo.
- El cuarto síntoma es dificultad para identificar y satisfacer sus necesidades. Puede ir desde la dependencia en otros para que le satisfagan sus necesidades hasta irse al otro extremo y ser lo que llamo un anta-dependiente, que es la persona que no le gusta pedir ayuda y resuelve todo solo
- El último síntoma primario es la dificultad para experimentar su realidad de forma moderada. Esto significa que el codependiente es extremista, es

blanco o negro. Se le hace difícil ver los puntos medios.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS

Señala Pía Melody (1984), que los síntomas secundarios en los codependientes son:

- La necesidad de controlar
- El resentimiento,
- La dificultad para establecer relaciones de intimidad,
- La tendencia a evadir el dolor a través de algún tipo de adicción.

ROLES EN LAS FAMILIAS EN RELACIÓN CON EL ALCOHOL Y LA CODEPENDENCIA

Dentro de las familias disfuncionales existen diferentes roles que toman los diferentes integrantes de la familia los cuales se relacionan con el tipo de ambiente, si existe una adicción a una sustancia por algún miembro de la familia

Dentro de la familia alcohólica. Sharon Wegscheider-Cruce (1984) identifica varios papeles de la familia alcohólica en que los familiares se relacionan de una manera codependiente. Los roles son: *el dependiente químico (el alcohólico o adicto), el codependiente primario, el héroe, el escapista u oveja negra, el niño perdido y el payaso o mascota*

- A) **El dependiente químico (el alcohólico o adicto):** el alcohólico o adicto ha perdido el control de su manera de beber y sufre del caos y desorden producidos por su adicción. Él vive en una trampa de negación de sus sentimientos verdaderos de soledad, vergüenza y culpa. La trampa es un ciclo vicioso de compulsión y negación. La toma compulsivamente para salir del dolor de su vida y sólo encuentra las consecuencias dolorosas de su manera de beber o intoxicarse. Ahora en su vida, lo que era una solución es un problema. Él depende de la sustancia, pero también depende del codependiente para cuidarlo, para hacerse responsable de él.
- B) **Los codependientes primarios:** Son las personas más cercanas al alcohólico, como esposos o padres y de la cual depende más. También es llamado Facilitador por que provee lo necesario al adicto. A medida que la enfermedad o la adicción aumentan, el facilitador se va involucrando más y más y comenzando a reprimir o negar sus sentimientos propios para tomar las responsabilidades que el otro empieza a no cumplir y en esa forma lo suple. El facilitador compensa con su propia responsabilidad y control lo que al otro le falta.

Un ejemplo común dentro de estas familias es cuando: *el adicto es el esposo y la mujer es la codependiente*. Como codependiente, ella se siente responsable de todo, hasta de la misma adicción de su esposo. Una conducta clásica de la codependencia se

ve cuando ella justifica las acciones de su marido, dando excusas por él a otros para ocultar o evitar las consecuencias de la adicción. Frecuentemente ella piensa, *"si yo fuera mejor esposa, mejor cocinera, mejor ama de casa o mejor madre, él no tendría la necesidad de intoxicarse y seríamos una familia feliz."* Ella trata de controlarlo a él y a los demás compulsivamente. Así ella muestra su adicción al adicto y sus problemas. Por pena, ella no comparte su situación, ni sus sentimientos verdaderos de enojo, incapacidad y culpa con casi nadie y se siente aislada. De esta manera la negación del problema familiar continúa. Es importante mencionar que la codependencia no es solo de la mujer por lo que en la presente investigación lo que se busca es también identificar que los hombres tienen relaciones de codependencia y no sólo las mujeres.

Los niños participan en la enfermedad familiar de adicción también. Ellos adoptan papeles diferentes para sobrevivir en una situación de caos.

- C) **El héroe:** es generalmente el papel del hijo mayor de la familia. El héroe o heroína es el niño o la niña más responsable y actúa como el segundo papá o la segunda mamá de los otros niños. El héroe trata de lograr la aprobación de otros, especialmente la de los adultos. Casi siempre ellos pueden lograr muchas cosas en diversas actividades. Pueden ser líderes en la escuela y la iglesia; son buenos estudiantes y buenos trabajadores. La psicología inconsciente del héroe es: *"si soy bueno, mi familia no puede ser tan mala y posiblemente pueda mejorar"*.
- De esta manera el héroe es codependiente también porque piensa que su conducta puede cambiar la conducta del otro. El héroe hace esfuerzos para mejorar las cosas y trabaja constantemente para cambiar la situación. A medida que la enfermedad progresa, experimenta que no posee una base firme y empieza a sentirse inadecuado. Este sentimiento está bien escondido, bajo el aparente "éxito". Su papel es el de proveer dignidad y estima al sistema.
- D) **Oveja negra o escapista:** por lo general es el papel del segundo hijo este niño ha aprendido que la atención negativa es más fácil de lograr que la atención positiva. La oveja negra está metida en problemas con la familia, la escuela y posiblemente con la ley. Este niño(a) experimenta con el alcohol o las drogas muy temprano en su vida o puede tener un embarazo fuera del matrimonio siendo aún muy joven. El ha aprendido que en la familia no es compensado por lo que es, sino por lo que haga; pero como no quiere trabajar duro como el héroe para probar su valor, se retira de la familia y busca sentirse bien perteneciendo a otro lugar. Debido a la cantidad de ira reprimida almacenada por tener que retirarse, a menudo capta mucho la atención por las formas destructivas en que realiza esta retirada. Frecuentemente huye de casa, rehúsa ser parte de la familia, usa drogas, ingiere alcohol en exceso, etc. Su papel es el de atraer hacia sí mismo la atención de la familia.

- Su codependencia se manifiesta en la negación de sus sentimientos verdaderos con la conducta de rebelión. Esta conducta extrema distrae la atención de la familia del problema primordial de la adicción del padre o madre y facilita la negación de toda la familia. También es conocido como el chivo expiatorio.
- E) **Niño perdido o silencioso:** este papel puede ser el tercero de los niños. Este niño no causa ninguna molestia y evita muchos conflictos. El niño perdido vive aislado de la familia y pasa mucho tiempo solo, desarrollando una vida de fantasía. Por eso puede ser muy creativo. Este niño no confía en las personas fácilmente y se acerca más a las mascotas y a los muñecos. La mayoría de las veces la gente no lo nota, porque no se le da ninguna atención, ni negativa ni positiva, solo está ahí. Se siente muy solo. Su papel es el de ofrecer alivio a la tensión: actúa de tal forma para que la familia no tenga que preocuparse de ese niño.
- Su codependencia se manifiesta inconscientemente en la negación de su necesidad de otros. Su soledad e independencia tienen la característica de compulsión. Compulsivamente los niños silenciosos evitan a la gente.
- F) **Payaso (humorista):** el cuarto papel es el del hijo menor, él usa su buen sentido del humor para llamar la atención hacia él y distraer la atención de las tensiones que hay en la familia. Nadie lo toma demasiado en serio, aunque es inteligente. Él es bromista, encantador.
- La codependencia de este niño es que se siente responsable del dolor de la familia, y cree que debe aliviarlo con buen humor y bromas y brindar diversión a la familia.

LA EDUCACIÓN LLEVA A LA CODEPENDENCIA.

Pía Mellody (1984), menciona que los sistemas familiares abusivos, disfuncionales, crean niños que se convierten en adultos codependientes. Incluso cuando se cree que es un cuidado “*normal*”, haciendo un examen atento, se observa que se dan ciertas prácticas que en realidad perjudican el crecimiento y el desarrollo del niño y conducen a la codependencia. En realidad, lo que tendemos a denominar “*cuidado normal*” muy a menudo no es sano para el desarrollo del niño; es un cuidado abusivo.

Muchas personas creen que la gama del cuidado normal incluye : pegarle al niño con un cinturón, abofetearle, gritarle, ponerle apodosos que lo ridiculizan, quizás creen que es aceptable exigir a los niños pequeños que resuelvan por sí mismos sus dificultades, en lugar de proporcionarles un conjunto de reglas de conducta social y técnicas para la resolución de problemas. Por otra parte ciertos padres creen que, si no

se le imponen al niño reglas rígidas, será delincuente. Algunos después de castigar al niño por error, nunca se disculpan con él, creen que disculparse implica debilidad, y por tanto, quebrantar la autoridad paterna.

Hay quienes creen, que los pensamientos y sentimientos de los niños tienen poca validez, porque los niños son inmaduros y necesitan formación. Esos padres, responden a los pensamientos y sentimientos del niño, con frases como: "*No debes sentir eso*", "*No me importa si no quieres ir a la cama, vas a ir y ya*".

Otros, se pasan al extremo opuesto y protegen en exceso a los niños, no permitiendo que éstos hagan frente a las consecuencias de su propia conducta abusiva y disfuncional. Estos progenitores suelen mantener relaciones muy íntimas con los hijos, los usan como confidentes y comparten con ellos secretos que están más allá del nivel de desarrollo del niño. Esto también es abusivo.

CAPÍTULO VII

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los hijos de padres alcohólicos tienen relaciones de pareja codependientes entre la edad de los 18 a 30 años?

OBJETIVO GENERAL

El poder identificar si los hijos de padres alcohólicos, que tienen una edad entre los 18 a 30 años desarrollan relaciones de pareja codependientes.

OBJETIVO ESPECIFICO

- 1) Describir los diferentes problemas que afectan a la familia cuando un padre es alcohólico en relación con la codependencia.
- 2) Tipo de codependencia que se presenta en relación al género
- 3) Señalar diferencias de acuerdo al tipo de codependencia (alto, medio, bajo) que presentan hombres y mujeres
- 4) Conocer la edad promedio en la que se tienen relaciones de codependencia.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- Hi: Existe una relación significativa entre los hijos de padres alcohólicos y las relaciones codependientes que tienen entre la edad de 18 a 30 años.

HIPÓTESIS NULA:

- Ho: No existe una relación significativa entre los hijos de padres alcohólicos y las relaciones codependientes que tienen entre la edad de 18 a 30 años.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Alcoholismo : Una de las definiciones de alcoholismo que abarca diferentes ámbitos es la integrada por la American Medical Association, cit. en Guerra, (1997), y es la que incluyen variables económicas y sociales que son también fundamentales como expresión de la enfermedad: “El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida de control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber; por su cronicidad, su progresión y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimento físico y deterioro emocional y/o desajustes sociales como una directa consecuencia del uso excesivo y persistente del alcohol.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Codependencia: involucramiento obsesivo, disposición a ayudar, miedo al abandono, rechazo, necesidad de aceptación, pertenencia, de complacer, gusto por sentirse necesitado, negación represión, inversión de energía, altruismo y abnegación. Tomando en consideración que la problemática se centra en el individuo, que sus percepciones, actitudes y conductas, son en función de su interacción con el otro; por lo cual: codependencia es una condición cognoscitiva, afectiva y conductual del individuo que se manifiesta en el ámbito interpersonal y en donde la persona llega a un involucramiento obsesivo con los problemas de los demás, tratando de resolverlos por ellos e invirtiendo toda su energía en ello, pierde el control sobre los demás, dejando de lado sus intereses personales para anteponer a los demás, tienen una necesidad continua de ser aceptado y de pertenencia.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

Escala de codependencia para adultos.

MUESTRA

La muestra quedo comprendida por 100 personas de los cuales el 50% son mujeres y 50% hombres, quienes, se encuentran en una relación de pareja y tienen por lo menos un padre con abuso de alcohol. Los sujetos que contestarán el cuestionario serán en su mayoría estudiantes de bachillerato con ubicación en Ciudad Nezahualcoyotl, en el Estado de México, en donde existe una gran diversidad de edades, así como los trabajadores del Área de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud. La edad de los sujetos oscila entre los 18 y 30 años de edad.

TIPO DE MUESTRA

- Muestra no probabilística Sampieri, (2003)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas que sepan leer y escribir
- Que acepten voluntariamente participar en la investigación
- Hijos de padres alcohólicos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personas que no sepan leer ni escribir.
- Que no acepten voluntariamente participar en la investigación.
- Que no estén en una relación de pareja.
- Que no tengan un padre alcohólico.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es no experimental descriptiva Sampieri (2003), ya que en la investigación no se manipularán las variables, ni la situación en la que se encuentre la población participante en dicho estudio. El diseño será mixto tratando las variables tanto cualitativa como cuantitativamente.

DISEÑO ESTADÍSTICO.

Se realizaran análisis descriptivos de tendencia central y de dispersión.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

En México sólo se ha desarrollado un instrumento para la medición de la codependencia, basándose en las teorías que relacionan este constructo con el alcoholismo. El instrumento de codependencia (ICOD) de Gayol y Lira (2002) fue realizado con mujeres con parejas alcohólicas o físicamente violentadas, sin embargo, no proporciona una medición de codependencia dentro de la pareja en ambos sexos, por ello se tomara el cuestionario de codependencia utilizado en la tesis sin publicar "Relaciones de la codependencia el apego, los estilos de amor y los rasgos de masculinidad feminidad en adultos" de Zarco Hurbe (2005). Dicho instrumento engloba las características de las personas codependientes en hombres y mujeres en relación a la bibliografía que se manejó en la presente investigación, sin dejar de lado que se tomaron los criterios de validación descritos por la autora como se desglosan a continuación.

Zarco Hurbe (2005) para evaluar la codependencia, desarrolló un instrumento basando la creación de los reactivos en las definiciones e investigaciones de diversos autores como son: (Sharon Wegsheider Cruise, 1985; Spann y Fischer, 1990; O Brien y Gaboit 1992, Crothers y Warren, 1996, Deary roberts, 2000; barnetche de Castillo, Barchete de Marqueo y Prieto de Martínez Báez 2000 Gómez Bolaños y Rivero, Beattie 2000) cit. en Zarco Hurbe (2005). y las especificaciones propuestas por el National Council on codependence. Las dimensiones teóricas con las que se conformó el instrumento fueron: *involucramiento obsesivo, disposición a ayudar, miedo al abandono, rechazo, necesidad de aceptación, pertenencia, de complacer, gusto por sentirse necesitado, negación represión, inversión de energía, altruismo y abnegación*. Tomando en consideración que la problemática se centra en el individuo, que en sus percepciones, actitudes y conductas, son en función de su interacción con el otro; por lo cual: codependencia es una condición cognoscitiva, afectiva y conductual del individuo que se manifiesta en el ámbito interpersonal y en donde la persona llega a un involucramiento obsesivo con los problemas de los demás, tratando de resolverlos por ellos e invirtiendo toda su energía en ello, pierde el control sobre los demás, se deja de lado para anteponer a los demás y tienen una necesidad continua y apremiante de ser aceptado, de pertenecer y ser útil, como se puede observar en el (anexo 1).

Dicho instrumento quedó comprendido por 44 ítems con forma de respuesta en escala tipo Likert de cinco puntos como sigue, 1 totalmente desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni acuerdo ni desacuerdo 4 de acuerdo 5 totalmente de acuerdo (Zarco Hurbe, 2005).

ESCENARIO

Dentro de la escuela de bachilleres, ubicado en Nezahualcóyotl se me otorgó el permiso de hacer uso de un espacio a la entrada de dicha escuela, el otro escenario fue realizado en la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaria de Salud con ubicación en la Torre del Caballito en Reforma 10.

PROCEDIMIENTO

Se realizó la aplicación del instrumento para medir la codependencia adjuntando una sección con los datos demográficos como se muestran en el (Anexo 1), se abordó a los sujetos saliendo de la escuela, en el caso de los alumnos de bachilleres al terminar el turno de la mañana y los trabajadores de la Secretaria de Salud en su lugar de trabajo, posteriormente me presenté como psicóloga explicándoles el motivo de la investigación, así mismo informándoles que el estudio está dirigido a conocer la forma en como piensan y sienten acerca de su relación de pareja, haciendo hincapié en que la información es totalmente anónima y los resultados se manejaran de una forma totalmente confidencial. Como paso siguiente se les preguntó si existe algún tipo de relación o convivencia con alguno de los padres con abuso de alcohol, para así posteriormente pedirles que llenen el cuestionario.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

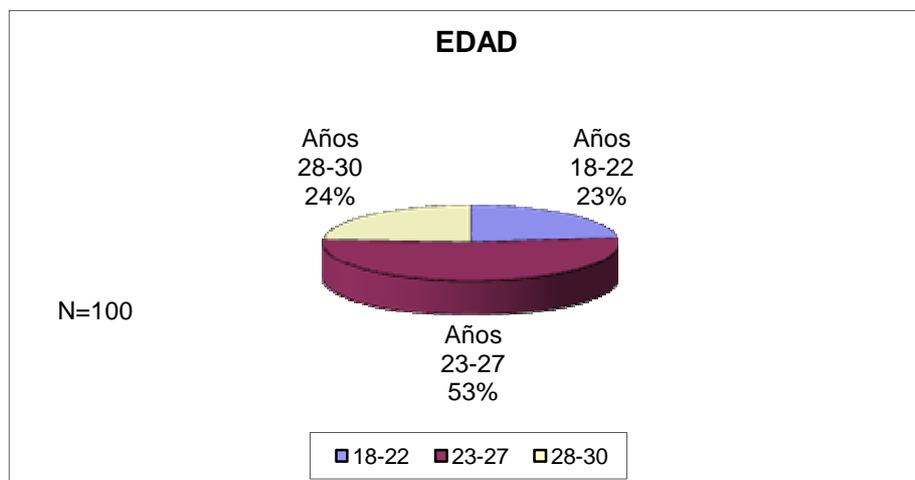
El método estadístico que se empleó es: estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizara el programa SPSS para arrojar los datos y poder realizar las gráficas correspondientes.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

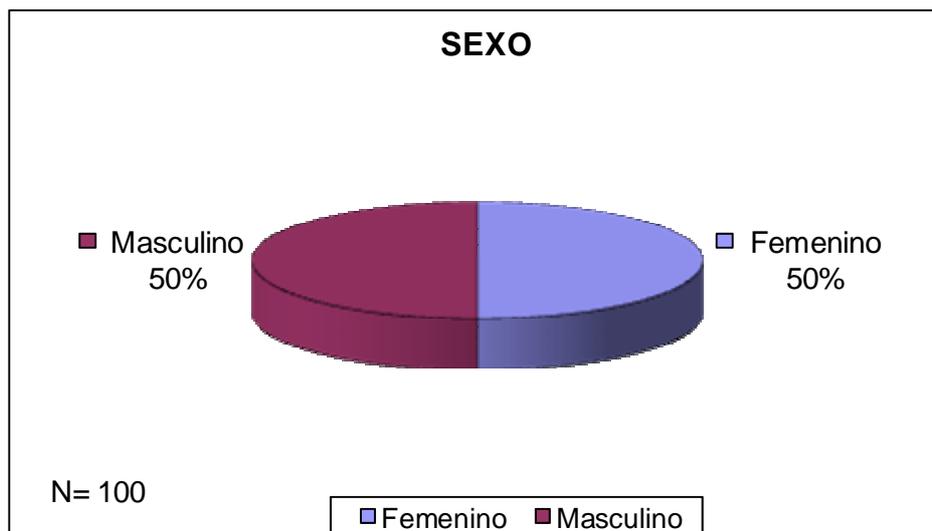
En la gráfica 1; se muestran los porcentajes y rangos de edades de los sujetos participantes. En donde la media de edad, oscila en un rango de 23 a 27 años.

GRAFICA 1. EDAD



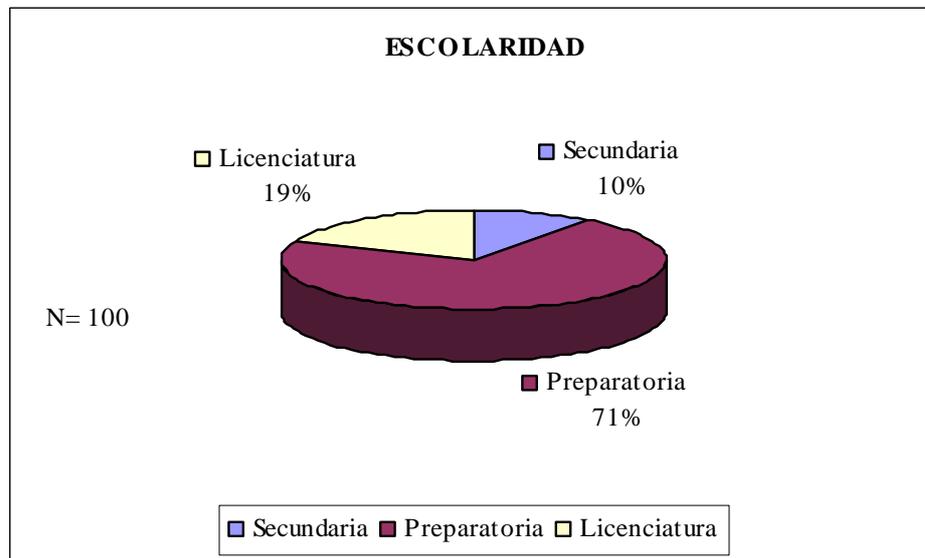
En la gráfica 2; se muestra el porcentaje correspondiente al sexo, femenino y masculino.

GRAFICA 2. SEXO



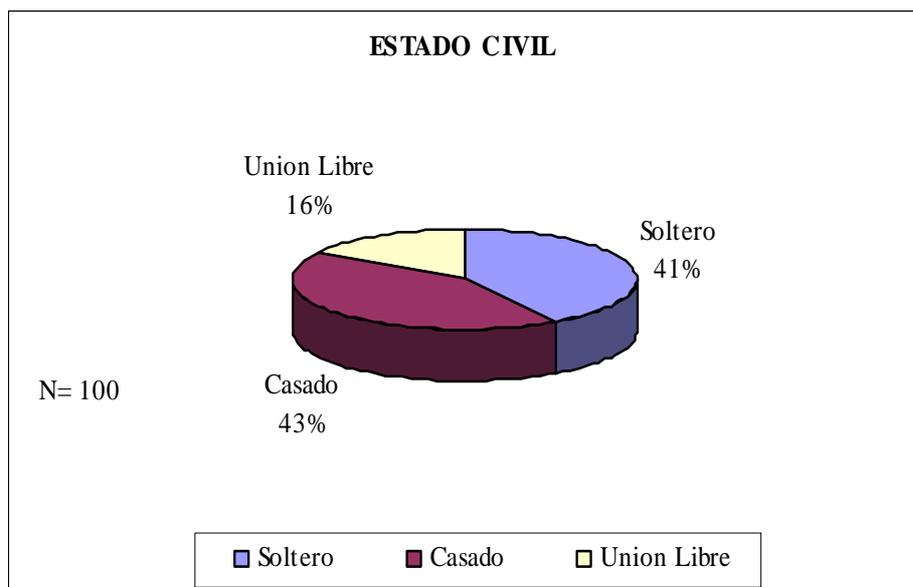
En la gráfica 3; se muestra el grado escolar de los participantes el cual abarca de secundaria a nivel licenciatura, en la que existe un 71% de sujetos con nivel medio superior, el 19% con nivel superior y sólo el 10% con secundaria.

GRAFICA 3. ESCOLARIDAD



La gráfica 4, se muestra el estado civil de los participantes en la que se observa, que el 41% de los sujetos son solteros, el 43% son casados y el 16% vive en unión libre.

GRAFICA 4. ESTADO CIVIL



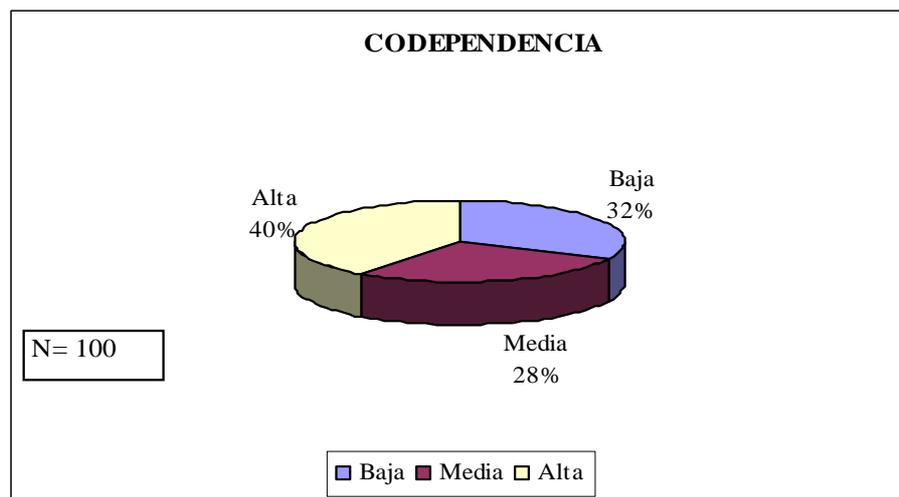
En la grafica 5. Se observa el rango del tiempo de relación de pareja y el porcentaje correspondiente a la población total de 100 sujetos, el tiempo de dichas relaciones varían de 1 a 7 años, existe un 37% de sujetos los cuales se encuentran en una relación de pareja de 1 a 2 años, el 20% de la población se encuentra en una relación de pareja que abarca de 5 a 7 años, y el 43% se encuentra en una relación de pareja de entre 3 a 4 años.

GRAFICA 5. PORCENTAJE DEL TIEMPO DE RELACIÓN DE PAREJA



En la gráfica 6; se muestra el porcentaje de acuerdo al tipo de codependencia, Baja, Media y Alta del total de la población de hombres y mujeres.

GRAFICA 6. PORCENTAJE DEL TIPO DE CODEPENDENCIA



A) TIPO DE CODEPENDENCIA QUE EXISTE ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN RELACIÓN CON LA EDAD Y EL SEXO.

Como se puede observar en la tabla 1. Con respecto al tipo de codependencia baja que presentan hombres y mujeres en relación con la edad y el sexo existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres ya que, se encontró un total de 12 mujeres que presentan una codependencia baja, 5 mujeres entre la edad de 18 a 22 años, 5 más entre la edad de 23 a 27 años y por último 2 mujeres entre la edad de 28 a 30 años; en comparación con los hombres en los cuales se encontró un total de 20 sujetos con una codependencia baja, en los que 4 se encuentran entre una edad de 18 a 22 años, 8 entre una edad de 23 a 27 años y por último 8 mas entre una edad de 28 a 30 años. En la codependencia media existe un total de 7 mujeres de las cuales 1 se encuentra entre el rango de edad de 18 a 22 años, 4 se encuentran entre 23 a 27 años, y solo 2 con una edad entre los 28 a 30 años, por lo que existe una diferencia significativa con respecto a los hombres ya que existe un total de 21 sujetos con una codependencia media de los cuales 4 tienen una edad entre 18 a 22 años, 14 entre los 23 a 27 años y por último 3 entre los 28 a 30 años. con respecto a la codependencia alta existe una diferencia significativa ya que las mujeres presentan una mayor codependencia con un total de 39 mujeres las cuales 9 tienen una edad ente los 18 a 22 años, 16 mujeres tienen entre 23 a 27 años y por último 6 mujeres entre los 28 a 30 años. Los hombres sólo presentan un total de 9 sujetos de los cuales 6, tienen una edad entre los 23 a 27 años y 3 presentan una edad entre los 28 a 30 años.

TABLA 1. TIPO DE CODEPENDENCIA EN RELACIÓN CON LA EDAD Y EL SEXO

Codependencia			Edad			Total
			18-22	23-27	28-30	
Baja	Sexo	Femenino	5	5	2	12
		Masculino	4	8	8	20
		Total	9	13	10	32
Media	Sexo	Femenino	1	4	2	7
		Masculino	4	14	3	21
		Total	5	18	5	28
Alta	Sexo	Femenino	9	16	6	31
		Masculino		6	3	9
		Total	9	22	9	40

B) TIPO DE CODEPENDENCIA QUE PRESENTAN HOMBRES Y MUJERES EN RELACIÓN CON EL SEXO Y EL ESTADO CIVIL.

En cuanto al tipo de codependencia que presentan hombres y mujeres en relación con su estado civil, como se muestra en la tabla 2. No se encontraron diferencias significativas en la codependencia baja, en los sujetos solteros, puesto que, 8 mujeres solteras presentan este tipo de codependencia en comparación con los hombres los cuales son 9,

En cuanto a la codependencia media existe una diferencia significativa, ya que, sólo son 3 mujeres en comparación con 10 hombres, solteros. En cuanto a la codependencia alta las mujeres solteras son 7 en comparación con los hombres los cuales son sólo 4.

Con respecto a los sujetos casados en cuanto a una codependencia baja, se puede observar, una diferencia, entre hombres y mujeres ya que solo 3 mujeres casadas, presentan una codependencia baja, en comparación con 8 hombres casados.

En la codependencia media de los sujetos casados, son 3 mujeres en comparación con 8 hombres. La codependencia alta en sujetos casados, nos muestra que son 18 mujeres, en comparación con 4 hombres.

En cuanto a la codependencia baja que presentan hombres y mujeres que viven en unión libre no existen diferencia significativas, ya que los datos solo arrojaron 1 mujer y 3 hombres dentro de este parámetro. En cuanto a la codependencia media entre hombres y mujeres que viven en unión libre, solo 1 mujer presenta este tipo de codependencia, en comparación con 4 hombres. Por último la codependencia alta tiene una diferencia significativa de las parejas en unión libre ya que, 6 mujeres están dentro de este rango en comparación con un 1 sólo hombre.

TABLA 2. CODEPENDENCIA EN RELACIÓN CON EL SEXO Y EL ESTADO CIVIL

Codependencia			Edocivil			Total
			soltero	casado	Union Libre	
Baja	Sexo	Femenino	8	3	1	12
		Masculino	9	8	3	20
	Total		17	11	4	32
Media	Sexo	Femenino	3	3	1	7
		Masculino	10	7	4	21
	Total		13	10	5	28
Alta	Sexo	Femenino	7	18	6	31
		Masculino	4	4	1	9
	Total		11	22	7	40

C) TIPO DE CODEPENDENCIA EN RELACIÓN CON EL RANGO DE EDAD Y EL ESTADO CIVIL

Con respecto al tipo de codependencia que se presenta con la edad, en relación con el estado civil Como se observa en la tabla 3, en la codependencia baja, no existe diferencia significativa entre la edad de los sujetos y las personas solteras. En la codependencia media existe un mayor número de personas entre la edad de 23 a 27 años solteras en comparación con los de 18 a 23 años los cuales son solo 4 sujetos dentro de este rango y solo 1 persona entre el rango de 28 a 30 años. En cuanto a la codependencia alta existen 7 sujetos entre la edad de 23 a 27 años solteros, 1 entre 18 a 22 años y 3 en una edad de 28 a 30 años.

En la codependencia baja de los sujetos casados no existe diferencia significativa entre el rango de 18 a 30 años. En relación a la codependencia media existen 7 sujetos entre la edad de 23 a 27 años casados, 1 persona entre los 18 a 22 años y 2 entre la edad de 28 a 30 años. En cuanto a la codependencia alta existen 11 sujetos entre una edad de 23 a 27 años, 6 sujetos entre los 18 a 22 años y 5 sujetos con una edad entre los 28 a 30 años. En relación con la codependencia baja y los sujetos que viven en unión libre son 2 sujetos de 18 a 22 años y 2 entre los 23 a 27 años; en la codependencia media, se encontraron 3 sujetos entre una edad de 23 a 27 años y 2 sujetos entre los 28 y 30 años; en lo que se refiere a la codependencia alta son 4 sujetos en unión libre con una edad de 23 a 27 años, y 2 sujetos de 18 a 22 años y 1 entre los 28 a 30 años.

TABLA 3. CODEPENDENCIA EN RELACIÓN CON LA EDAD Y EL ESTADO CIVIL.

Codependencia			Edad			Total
			18-22	23-27	28-30	
Baja	Edocivil	soltero	5	6	6	17
		casado	2	5	4	11
		Union Libre	2	2		4
	Total	9	13	10	32	
Media	Edocivil	soltero	4	8	1	13
		casado	1	7	2	10
		Union Libre		3	2	5
	Total	5	18	5	28	
Alta	Edocivil	soltero	1	7	3	11
		casado	6	11	5	22
		Union Libre	2	4	1	7
	Total	9	22	9	40	

D) TIPO DE CODEPENDENCIA EN RELACIÓN CON EL TIEMPO DE RELACIÓN DE PAREJA Y SEXO

En cuanto al tipo de codependencia en relación con el tiempo de relación de pareja y sexo como se muestra en la tabla 4, la codependencia baja en las relaciones de 1 a 2 años en las mujeres y hombres no existe diferencia significativa, pero en las relaciones de 3 a 4 años, sí existe una diferencia significativa, en codependencia baja ya que son 11 hombres en comparación con 4 mujeres, en las relaciones de 5 a 7 años existe una mujer en comparación con los hombres con 3 en codependencia baja.

En la codependencia media en las relaciones de pareja de 1 a 2 años no existe diferencia significativa, en las relaciones de pareja de 3 a 4 años se puede ver una marcada diferencia, ya que los hombres con codependencia media son 10 en comparación con las mujeres en esta misma categoría las cuales son 2 y en las relaciones de 5 a 7 años, es una mujer en comparación con 6 hombres.

En cuanto a la codependencia alta en relaciones de 1 a 2 años son sólo 15 mujeres, en esta misma categoría pero con relaciones de pareja de 3 a 4 años son 10 mujeres y 6 hombres, y en las relaciones de 5 a 7 años son 6 mujeres y tres hombres

TABLA 4. TIPO DE CODEPENDENCIA EN RELACIÓN CON EL TIEMPO DE RELACIÓN DE PAREJA Y SEXO.

Codependencia			Tiempo de relación			Total
			1-2	3-4	5-7	
Baja	Sexo	Femenino	7	4	1	12
		Masculino	6	11	3	20
	Total		13	15	4	32
Media	Sexo	Femenino	4	2	1	7
		Masculino	5	10	6	21
	Total		9	12	7	28
Alta	Sexo	Femenino	15	10	6	31
		Masculino		6	3	9
	Total		15	16	9	40

DISCUSIÓN

Hablar de codependencia no resulta menos sencillo que hablar de alcoholismo, ya que la codependencia no es un tema tan habitual, en primera instancia porque son pocos los estudios realizados del tema derivando que no ponen gran énfasis en la realización de instrumentos de medición del problema, también existe poca distribución acerca de la información de las características del codependiente y del por qué se desarrolla dicha enfermedad.

Una de las definiciones de alcoholismo que abarca diferentes ámbitos es la integrada por la American Medical Association y es la que contienen variables económicas y sociales que son también fundamentales como expresión de la enfermedad: “El alcoholismo es una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida de control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber; por su cronicidad, su progresión y su tendencia a reincidir. Se le asocia típicamente con impedimento físico y deterioro emocional y/o desajustes sociales como una directa consecuencia del uso excesivo y persistente del alcohol (Guerra ,1997).

- En México sólo se ha desarrollado un instrumento para la medición de la codependencia, basándose en las teorías que relacionan este constructo con el alcoholismo. El instrumento de codependencia (ICOD) de Gayol y Lira (2002), fue realizado con mujeres con parejas alcohólicas o físicamente violentadas, sin embargo, no proporciona una medición de codependencia dentro de la pareja en la población en general y de ambos sexos.

Al hablar de la codependencia es importante considerar la problemática desde una perspectiva, integral donde influyen aspectos, sociales, culturales, psicológicos, etc.; los cuales son determinantes para el desarrollo de patrones conductuales, de las personas codependientes, así como la relación directa con un padre alcohólico son propicios para dar una explicación mas amplia de la manifestación de la codependencia en las relaciones de pareja

La presente investigación se enfocó a conocer las relaciones de pareja codependiente que se pueden presentar entre hombres y mujeres mexicanos, de 18 a 30 años de edad, cuando uno de sus padres es alcohólico, para ello se consideró el cumplimiento de los siguientes objetivos planteados en la investigación:

- 1) Conocer los diferentes problemas que afectan a la familia cuando un padre es alcohólico en relación con la codependencia
- 2) Tipo de codependencia que se presenta en relación al género
- 3) Señalar diferencias de acuerdo al tipo de codependencia (Alto, Medio, Bajo) que presentan hombres y mujeres
- 4) Conocer la edad promedio en la que se tienen relaciones de codependencia.

1) CONOCER LOS DIFERENTES PROBLEMAS QUE AFECTAN A LA FAMILIA CUANDO UN PADRE ES ALCOHÓLICO EN RELACIÓN CON LA CODEPENDENCIA.

Dentro de la presente investigación se manejó una diversidad de información en cuanto a los problemas por los que pasan los familiares del padre alcohólico al igual que la misma persona que padece la enfermedad, es importante el conocer las características principales o de raíz que pueden llevar a la codependencia por ello se hace una descripción detallada de los principales problemas enfatizando la relación del alcoholismo, la familia y la codependencia.

Existen un sin fin de complicaciones que se relacionan cuando uno de los padres tiene un abuso hacia el alcohol, empezando por deterioro físico del sujeto en el que se dañan órganos como son, el hígado, riñones, articulaciones, etc. Daño psicológico, presentando problemas psiquiátricos, económicos, maritales, de trabajo, y de comunicación con sus hijos y un punto importante a tratar en esta investigación es la relación del alcoholismo con la codependencia que presenta el cónyuge que no es alcohólico, al igual que el desarrollo de la codependencia de los hijos que tienen relación con un padre alcohólico.

Los problemas que afectan a la familia cuando un padre es alcohólico es de suma importancia como nos menciona Edwards (1986), quien nos habla de la teoría del matrimonio alcohólico la cual afirma que la mujer, en realidad, desea que su esposo sea alcohólico. Este enfoque se basa en el hecho de que algunas mujeres tuvieron un padre alcohólico y se afirma que, en consecuencia, esas mujeres se casan con un alcohólico con quien pueden continuar representando sus problemas dinámicos no resueltos. Si el esposo insiste en recuperarse, según esta teoría, la esposa puede descompensarse y desarrollar una enfermedad depresiva, ya que la esposa subconscientemente desea que su esposo beba.

Los diferentes autores que han escrito de la codependencia hablan de las necesidades no satisfechas del ser humano en su infancia, que le han impedido madurar adecuadamente para adaptarse a las situaciones de la vida adulta de una manera sana y madura. Estas necesidades del niño no han sido satisfechas por muchas causas, bien porque viva o haya nacido en una familia disfuncional o por la situación encontrada ya sea en la escuela, en la iglesia o en la sociedad, etc. (Esther Blanco, 1991).

Esto es importante para poder identificar el cómo se desarrolla la codependencia, dentro de una familia donde existe un padre alcohólico, ya que es significativo recordar que el alcoholismo encajaría dentro de las familias disfuncionales y tanto hombres y mujeres encuestados en la entrevista previa si mencionan tener un padre con abuso de alcohol; por lo que se puede ratificar que una persona que vivió de cerca el problema de alcohol de uno de los padres, se puede desenvolver siendo codependiente, lo cual se manifiesta cuando se encuentran en una relación de pareja, donde se muestran las conductas características de las personas codependientes, antes mencionadas.

2) TIPO DE CODEPENDENCIA QUE SE PRESENTA EN RELACIÓN AL GÉNERO

Aunque en principio la codependencia no es un fenómeno específico atribuible a las mujeres, puede que los condicionamientos sociales y culturales hayan determinado una alta prevalencia de este problema en las mujeres Llopis Llácer, J.J. (1998). Como se puede observar en los resultados arrojados las mujeres en relación con los hombres presentan un mayor porcentaje de codependencia, esto puede estar influenciado por los diferentes aspectos culturales, en los que la mujer es educada para servir a los demás. Los roles que marca la sociedad en la que los hombres deben de ser fuertes y la mujer sumisa ha propiciado, al desarrollo de la codependencia, aunado a que el alcoholismo juega un papel importante para seguir estos patrones de conducta, también se ha señalado que los codependientes tienen los mismos rasgos que los hijos adultos de alcohólicos: exigencia de controlar a los otros, junto a una demanda extrema de amor y aprobación

Es loable pensar que los comportamientos que se atribuyen al fenómeno de la codependencia son aprendidos en la niñez, ya sea a través de la religión, o como atributos deseables de feminidad explica cómo en la mayoría de las culturas se va equipando a la niña con dos tipos de “persona o máscara”: la de “ser objeto deseable” y la de “vivir para el otro”. (Esther Blanco, 1991).

Por otro lado, a los hombres se les enseña que no deben expresar lo que sienten, ya que su papel de hombre se asocia con un nivel superior al de las mujeres y, por lo tanto, no pueden permitirse debilidades de ninguna índole, como mostrar sufrimiento, dolor o cualquier otro sentimiento. El hombre, por otra parte, debe ser educado para controlar el mundo, su familia y, por supuesto, sus sentimientos; y cuando no lo hace, se siente un completo fracaso. Siempre se espera de él que sea un triunfador, y vive su vida tratando de realizar las expectativas de los demás (Esther Blanco, 1991).

De acuerdo a los resultados arrojados se encuentra congruencia con la revisión teórica que se realizó en esta investigación, ya que, las mujeres presentan un índice más elevado de codependencia en comparación con los hombres. Como se observa en la tabla 1. Las mujeres presentan un porcentaje mayor de codependencia Alta mientras que los hombres se encuentran en una codependencia baja y media.

Posiblemente la sociedad influye para que sea la mujer la sumisa que aguante al esposo con tal de no perder la poca estabilidad familiar o retomando lo de la teoría del matrimonio alcohólico en donde es preferible mantener un control en este caso de la mujer, cuestión que no se puede dar si el alcohólico esta en recuperación.

- 3) SEÑALAR DIFERENCIAS DE ACUERDO AL TIPO DE CODEPENDENCIA (ALTO, MEDIO, BAJO) QUE PRESENTAN HOMBRES Y MUJERES

De acuerdo a los datos arrojados el total de los hombres que presentan una codependencia baja es de 20 sujetos en comparación con las mujeres las cuales son 12; en la codependencia media existen 7 mujeres contra 21 hombres, por lo que son más los hombres los que presentan este tipo de codependencia; en cuanto a la codependencia alta son 31 mujeres que se encuentran dentro de esta categoría, en comparación con los hombres los cuales son solo 9. Por lo que si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al tipo de codependencia.

- 4) CONOCER LA EDAD PROMEDIO EN LA QUE SE TIENEN RELACIONES DE CODEPENDENCIA.

Conocer el rango de edad en la que los sujetos tienen una relación de pareja codependiente resulta importante, ya que es posible entender que las personas que se relacionan con un alcohólico en la niñez si es factible que tengan una relación codependiente cuando son mayores, retomando lo que nos dice Bandura acerca de la teoría del aprendizaje, en la que hace mención que las influencias de los modelos de aprendizaje son determinantes en la historia social, del individuo en relación a repetir conductas aprendidas y ratificando esta información con los datos arrojados en la Tabla 1. En la que se observa que el rango de edad de las personas codependientes oscila entre los 23 a 27 años, en la que existe un mayor número de hombres y mujeres con un nivel de codependencia alto.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se puede llegar a la conclusión de que si existen sujetos con relaciones de pareja codependientes, entre la edad de 18 a 30 años, los cuales tienen un padre alcohólico.

Es así como la hipótesis planteada dentro de la presente investigación se inclinaría, a que solo las mujeres entre los 18 a 30 años con un padre alcohólico, son las que presentan codependencia alta, mientras que los hombres los cuales tienen de igual forma un padre alcohólico se muestran con una codependencia baja y media por lo cual si existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres.

La educación que se da a los hombres, en donde se les transmite de generación en generación que ellos son los fuertes, que no se deben mostrar sus sentimientos y que son seres superiores, estas características aunadas a vivir en una familia donde existe un problema de alcoholismo, es posible que sea determinante para que la balanza se incline a que exista un mayor número de mujeres con codependencia Alta, lo que implica que son las que están en función del otro, influenciadas por la educación contraria al hombre en donde aprende a ser codependiente, y buscar en la edad adulta alguien de quien cuidar, para seguir el patrón de conducta aprendida de la familia.

Es importante recordar que el desarrollo de un niño está determinado por el medio en el que se desarrolla, convive y la herencia, determinando futuras conductas. Ya que posiblemente los hombres los cuales salieron con una codependencia baja y media, en realidad tengan una dependencia pero al alcohol, como lo vieron en casa, con el abuso de uno de sus padres, hay que recordar que dentro de la familia existen diferentes roles, que también determinan futuras conductas. Pudiendo existir una identificación de género en cuanto a funciones que se deben realizar para que el sistema siga funcionando, por ejemplo la hija con la madre, puede aprender a que tienen que hacer lo que los hombres le dicen y el hijo con el padre aprende a beber llegando al abuso del alcohol.

Es importante subrayar que la información adecuada es significativa, pero aun más es la prevención, es decir sería más loable dar educación en las escuelas en los centros de salud, en las mismas familias etc. de las diferentes enfermedades, en este caso alcoholismo y codependencia, con la finalidad de tener un número menor de personas que se encuentren en esta situación.

ANEXO 1

Cuestionario para medir la codependencia utilizado en esta investigación



UNIVERSIDAD INSURGENTES
PLANTEL XOLA

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se esta llevando acabo en la universidad Insurgentes Platel Xola para conocer más acerca de cómo la gente piensa sobre su relación de pareja. Sus respuestas son totalmente anónimas y la información recabada será tratada con total confidencialidad. Por favor no olvide contestar todas las preguntas, su participación es muy importante.

DATOS GENERALES

Edad: _____ años Sexo () F () M

Escolaridad: () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura
() Otros.

Estado Civil _____ Tiempo en la relación de Pareja (____) años (____) meses

Relación con un padre alcohólico Si (____) No (____)

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas utilizan para describir sus relaciones de pareja. Por favor lea cuidadosamente cada afirmación y marque con una (x) la opción que más se acerque a su manera cotidiana de actuar. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas y que su participación es totalmente anónima.

	Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Ni de Acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Necesito pensar en forma de resolver la vida a mi pareja	1	2	3	4	5
2. Frecuentemente miento para proteger o corregir los errores de mi pareja.					
3. Me es difícil expresar mis sentimientos por miedo a lastimar a mi pareja.					
4. Tengo mucho miedo a que mi pareja me rechace si no le ayudo					
5. Creo que uno debe “hacer el bien sin mirar a quien”					
6. Me gusta saber que mi pareja no puede vivir sin mí.					
7. Prefiero resolver los problemas de mi pareja antes que los míos					
8. Me preocupa que mi pareja me deje si no cumplo sus expectativas					
9. Los sentimientos de mi pareja dependen de mí.					
10. A veces ignoro los problemas que tengo por estar pensando en mi pareja					
11. Me gusta que mi pareja dependa de mi					
12. Tengo relaciones sexuales aunque no tenga ganas, sólo para complacer a mi pareja.					
13. Creo que lo que mi pareja quiere y necesita es más importante que lo que yo quiero y necesito.					
14. Tengo mucho miedo de perder a mi pareja si no hago lo que me pide.					
15. Siempre estoy pensando en los problemas de mi pareja.					
16. Disfruto de ocuparme de los problemas de mi pareja.					
17. Para mí es importante ayudar a mi pareja					
18. Pongo las necesidades de mi pareja antes que las mías					
19. Me es difícil acercarme a mi pareja, por temor a que me rechace					
20. Ayudo a mi pareja pues siento culpa cuando tiene algún problema					
21. Invierto mucha energía en resolver los problemas de mi pareja					
22. No me gusta que mi pareja sepa cómo me siento con respecto a nuestra relación para no molestarla.					

23. Hago cosas que nunca pensé ser capaz de hacer, con tal de que mi pareja me acepte.					
24. Tengo mucho miedo de perder a mi pareja si no le ayudo en lo que necesita.					
25. Me preocupo fácilmente por cualquier cosa que tenga que ver con mi pareja, por insignificante que parezca.					
26. Las acciones de mi pareja dependen de mí					
27. Me involucro tanto con los problemas de mi pareja, que pierdo el control de mi propia vida.					
28. ignoro mis problemas para no quitarle el tiempo a mi pareja.					
29. Me gusta ayudar a mi pareja					
30. Necesito que mi pareja apruebe lo que hago.					
31. Prefiero ayudar a mí pareja a que ella me ayude cuando lo necesito.					
32.- Soy reservado acerca de lo que me pasa, para no molestar a mi pareja.					
33. Me gusta pensar que mi pareja no puede resolver su vida sin mi ayuda					
34. Necesito que mi pareja me ame					
35. Permito que mi pareja me haga cosas que nunca pensé aceptar, sólo para complacerla.					
36. Me cuesta trabajo decirle “no” a mi pareja.					
37. Permito que mi pareja me lastime por miedo a que me abandone.					
38. A veces prefiero creer en las mentiras que mi pareja me dice para no sentirme tan mal.					
39. Siento lastima cuando mi pareja tienen algún problema.					
40. Digo lo que mi pareja quiere escuchar					
41. Y Utilizo toda mi energía en mi pareja y en sus problemas.					
42. Suelo no expresar abiertamente mis pensamientos para no molestar a mi pareja.					
43. yo seré feliz en la medida en que mi pareja me acepte.					
44. Mi pareja depende de mí, pues es muy débil.					

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, D.B. Y NIAURA, R.S. "SOCIAL LEARNING THEORY OF ALCOHOL USE AN ABUSE. EN H." BLANE Y K. LEONAR (EDS.), (1987).
- ALA -NON "MANUAL DE SERVICIO Y LOS DOCE CONCEPTOS. CORPORACIÓN AL-ANON-ALATEEN". D.C. (1997).
- ALCOHOLICS ANONYMOUS "*ALCOHOLICS ANONYMOUS: THE BIG BOOK*. NUEVA YORK: A.A. WORLD SERVICES INC. ALTMAN, I. Y CHEMERS, M.M. (1980).
- ÁLVAREZ M. "ACERCA DE LA FAMILIA ACTUAL". LA HABANA: ED. CADEMIA, (1993)
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION (APA), (1994). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTÁDÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. TRADUCCIÓN ESPAÑOLA. EDITORIAL. MASON S.A. 1995. BARCELONA.
- ARES P. "MI FAMILIA ES ASÍ". EDITOREAL. CIENCIAS SOCIALES, (1990).
- AUTREY J. YATES "TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO" EDITORIAL TRILLAS MÉXICO, PÁG. 354-361. 1973.
- BANDURA, A. (1977A). SELF-EFFICACY: TOWARD A UNIFYING THEORY OF BEHAVIORAL CHANGE. *PSYCHOLOGICAL REVIEW*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1977B). *SOCIAL LEARNING THEORY*. ENGLEWOOD CLIFFS, NJ: PRENTICE HALL (TRAD. CAST. MADRID, ESPASA CALPE, (1982).
- BANDURA, A. (1986). *SOCIAL FOUNDATIONS OF THOUGHT AND ACTION: A SOCIAL COGNITIVE THEORY*. ENGLEWOOD CLIFFS, NJ: PRENTICE HALL.

- BANDURA, A. (1995). *SELF-EFFICACY IN CHANGING SOCIETIES*. CAMBRIDGE, RU: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- BANDURA, A. (1997). *SELF-EFFICACY. THE EXERCICE OF CONTROL*. NUEVA YORK:
- BARRIGA, S. “IMPLICACIONES SOCIALES DE LA DROGA”. EDITORIAL, BASES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS SEVILLA: ALFAR. PÁG. 81-103 (1986).
- BEATTY, MELODY “YA NO SEAS CODEPENDIENTE”. EDITOREAL PROMESA. PÁGS. 49-60, 63-80. (1984).
- BELLOCH, A; SANDIN, B; RAMOS, F. 1995. MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA. ED. MC GRAW HILL. MADRID.
- BERRUECOS VILLALOBOS, LUIS: “ASPECTOS ANTROPOGERONTOLÓGICOS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL”. EN: CUADERNOS FISAC, (FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A.C., CD. DE MÉXICO): JUNIO 2000, AÑO 1, VOL. 1 NO.006: 19-30
- BIOCCA, S. “EDUCACIÓN PARA LA SALUD, ASPECTOS DOCTRINARIOS BASES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD”: INFORMES TÉCNICOS, MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. (1971)
- BLACK, C. “NO HABLAR NO CONFIAR NO SENTIR”. EDITORIAL PAX MÉXICO DF. (1989).
- BLACK, CNO HABLAR NO CONFIAR NO SENTIR. EDITORIAL PAX MÉXICO DF (1991).
- BLANCO, A. LA CODEPENDENCIA EN ACTUAL SISTEMA SANITARIO. EN: SUMA PSICOLÓGICA. VOL. 6, NO 2, SEP. 221-239. (1999).
- BOGAN, M., EMILIO: EL ALCOHOLISMO ENFERMEDAD SOCIAL. COLECCIÓN ROTATIVA. PLAZA Y JANÉS. BARCELONA, 1975.
- CERMAK, T. (1986). DIAGNOSTIC CRITERIA FOR CODEPENDENCY. EN: REFERENCE GUIDE TO ADDICTION COUNSELLING. DEKOVIC, M., JANSSENS, J.M. Y JERRIS, J.R.M. (1991). FACTOR STRUCTURE .

- BROWER, K.J., BLOW, F.C. Y BERESFORD, T. TREATMENT IMPLICATIONS OF CHEMICAL EPENDENCY MODELS: AN INTEGRATIVE APPROACH. JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, 6(3), 147-157. (1989).
- BROWN, S. TREATING *THE ALCOHOLIC: A DEVELOPMENTAL MODEL OF RECOVERY*. NEW YORK. WILEY. 1985.
- BURNEY, R. (2000), ARTÍCULO ON-LINE. WWW.SILCOM.COM/~JOY2MEU/JOY-5.HTM
- C. WHITFIELD (EDS.). CODEPENDENCY AN EMERGING ISSUE. DEERFIELD BEACH. FLORIDA. HEALTH COMMUNICATIONS, INC. 1984.
- CASTELÓ BLASCO JORGE "DEPENDENCIA EMOCIONAL CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTOS" EDITORIAL. MADRID ALIANZA PÁG 16-193. 2005.
- CATELLÓ, J. "ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL". EN: WWW.PSICOACTIVA.COM/ARTI/REVISTA11.HTM (2002).
- CERMACK, T.L. DIAGNOSIS AND TREATING CODEPENDENCE .MINNEAPOLIS. JHONSON INSTIT UTE BOOKS. PÁG 25 (1986).
- CERMACK, T.L. CO-DEPENDENCE, DIAGNOSING AND TREATING, JOHNSON INSTITUTE BOOKS, MINNEAPOLIS 1986.
- COLÓ SERENO JOSÉ ANTONIO "ALCOHOLISMO EN MÉXICO UNA PATOLOGÍA" EDITORIAL FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES A.C. PÁG. 159-163. (1982).
- (CONADIC INFORMA, BOLETÍN ESPECIAL, JUNIO 2001).
- D.S.M. IV "MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS
- D.S.M. IV. (1995): "MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES". ED. MASSON. ESPAÑA.

- DE LA FUENTE, J.R: “EL ALCOHOLISMO Y EL ABUSO DEL ALCOHOL: VISIÓN DE CONJUNTO, SALUD MRENTAL, PP. 45-50, (1995).
- ECHEBURÚA ENRIQUE “ABUSO DEL ALCOHOL”. EDITOREAL. SÍNTESIS PÁG. 20-37, 59 -99, (2001.)
- EDWARS GRIFFITH “TRATAMIENTO DE ALCOHOLICOS”, EDITOREAL; TRILLA, PÁG 44-132, 241-249, (1986).
- ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES ES UN PROYECTO CONJUNTO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI) Y LA SECRETARÍA DE SALUD. (2002).
- ESTEINGLAS PETER “LAS FAMILIAS ALCOHOLICAS” EDITORIAL. BARCELONA GEDISA. PÁG. 58-146, 272-331. (1989).
- ESTER BLANCO DEL CASTILLO “QUIERO SER LIBRES DE LA CODEPENDENCIA”. EDITORIAL PROMESA. PÁG. 24-123. (1991).
- FAUPEL, C. E. A “THEORETICAL MODEL FOR A SOCIALLY ORIENTED DRUG TREA TMENT POLICY”. JOURNAL OF DRUG EDUCATION, 15 (3), 189-203. (1985).
- FRIEL, J.C.; FRIEL, I.L.*ADULT CHILDREN.THE SECRETS OF DYSFUNCTIONAL FAMILIES*.DEERFIELD BEACH FLORIDA.HEALTH COMMUNICATIONS, INC.P.157. (1988).
- FURUKAWA, M.J. Y FREEMAN. PERRY, M.A. “MÉTODOS DE MODELADO”. EN F.H. KANFER Y A.P. GOLDSTEIN (EDS.), *CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA* (PP. 167-215). BILBAO: DESCLÉE DE BROUWER. (1987).
- GAYOL, G Y LIRA, L. CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CODEPENDENCIA (ICOD) PARA LAS MUJERES MEXICANAS. SALUD MENTAL. VOL. 25 (2), 38-48.
- GONZALEZ GARCIA “ME CASE CON UN ALCOHÓLICO” EDITORIAL, TRILLAS, PÁG. 47-87. (1988).

- GONZALEZ GARCIA JORGE “ME CASE CON UN ALCOHÓLICO” EDITORIAL TRILLAS, PÁG.47-77. (1988).
- GOODWIN, D.W. “IS ALCOHOLISM HEREDITARY” NEW YORK: OXFORD UNIVERSITY PRESS. (1976)
- GRADILLAS VICENTE “LOS PROBLEMAS DEL ALCOHOL”. EDITORIAL ALJIBE. PÁG. 99-113. (2001).
- GRIFFITH EDUARDO “TRATAMIENTO DE ALCOHÓLICOS” EDITORIAL TRILLAS. PÁG. 44-132, 241-249. (1986).
- GUERRA GUERRA ARMANDO JAVIER “EL ALCOHOLISMO EN MÉXICO”. EDITORIAL FONDO DE CULTURA. PÁG. 45-62. (1997).
- GULLOTTA, T. P. Y ADAMS, G.R. “SUBSTANCE ABUSE MINIMIZATION” CONCEPTUALIZING PREVENTION IN ADOLESCENT AND YOUTH PROGRAMS. *JOURNAL OF YOUNTH AND ADOLESCENCE*, 5 (11), 409-424. (1982).
- HANDBOOK OF “ALCOHOLISM TREATMENT APPROACHES”, 2ª ED. MASSACHUSETTS: ALLYN AND BACON: 12-44. 1995
- HARTFORD, D.A. PARKER Y L.LIGHT: “NORMATIVE APPROACHES TO THE PREVENTION OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. RESEARCH MONOGRAPH” (1980).
- HEATH, D.B. A CRITICAL REVIEW OF THE SOCIOCULTURAL MODEL OF ALCOHOL USE. EN T.S. HARTFORD, D.A. (1980).
- HORWITZ N. “FAMILIA Y SALUD FAMILIAR. UN ENFOQUE PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA”. VOL. 6 (1990)
- IRVIN JE, BOWER CA, DUNN ME, WANG MC. EFFICACY OF RELAPSE PREVENTION: A METAANALYTIC REVIEW. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY* PÁG.;67:563-70 (1999)
- JACKSON, J.K.; KOGAN, K.L.“PERSONALITY DISTURBANCE IN WIVES OF ALCOHOLICS”. *QUATERLY JOURNAL OF STUDIES ON ALCOHOL*. PÁG. 24:227-2 83. (1963)

- JIMÉNEZ M, MONASOR R, JIMÉNEZ-ARRIERO MA, PONCE G, RUBIO G. PROGRAMAS PSICOLÓGICOS DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL. EN CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ALCOHOLISMO. MADRID: FAD. PÁG;9.1-9.47 2001
- JOHNSTON, B.D. MARIHUANA USERS AND DRUG SUBCULTURES. NUEVA YORK: WILEY. (1979).
- KERLINGER, F. INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO. EDITORIAL MC GRAW HILL. MÉXICO. (1988).
- KESSEL NEIL "ALCOHOLISMO COMO PREVENIRLO, CONSECUENCIAS" EDITORIAL PAIDOS. PÁG. 74-86. (1991).
- LAMMOGLIA ERNESTO, "LAS FAMILIAS ALCOHÓLICAS" EDITORIAL GRIJALBO. PÁG. 27-47, 127-139, 231-245, (2004.)
- LARIMER M, PALMER S, MARLATT G. RELAPSE PREVENTION. AN OVERVIEW OF MARLATT'S COGNITIVE BEHAVIORAL MODEL. ALCOHOL RESEARCH & HEALTH. PÁG. 23:151-60.(1999).
- LLOPIS LLÁCER, J.J."DETERMINANTES DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA EN LA MUJER: LA CODEPENDENCIA". LIBRO DE ACTAS XXV JORNADAS NACIONALES DE OCIDROGALCOHOL. TARRAGONA PÁG.363-397. (1998).
- LÓPEZ CM. "SALUD COMUNITARIA". BARCELONA: EDITORIAL MARTÍNEZ ROCA, (1986).
- MANSILLA, F. UN ENFOQUE DE LA CODEPENDENCIA. EN: WWW.PSIQUIATRIA.COM/. ((2002).
- MARTÍ, J.L. Y MURCIA, M. (1988). CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE DROGODEPENDENCIAS. BARCELONA: HERDER.
- MARTÍ, J.L. Y MURCIA, M. "CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE DROGODEPENDENCIAS". BARCELONA: HERDER. (1988)
- MC KENNA, T. "EL MANJAR DE LOS DIOS" ED. PAIDÓS. BARCELONA (1993)

- MEDINA-MORA, MARÍA ELENA “PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO”. EN: ALCOHOL CONSUMPTION AMONG MEXICANS AND MEXICAN- AMERICANS: A BINATIONAL PERSPECTIVE. UNIVERSITY OF CALIFORNIA AT LOS ANGELES (UCLA): SPANISH SPEAKING MENTAL HEALTH RESEARCH CENTER, CALIFORNIA, (ED. BY JEAN GILBERT), PÁG. 27-52 (1988).
- MOLINA A. “LA FAMILIA COMO SISTEMA”. UN ENFOQUE DIALÉCTICO. FACULTAD PSICOLOGÍA. UNAM.(1990).
- MONASOR R, JIMÉNEZ M, RUBIO G. REDUCCIÓN DE DAÑO EN ALCOHOLISMO. (2003).
- NORWOOD, R. LAS MUJERES QUE AMAN DEMASIADO. JAVIER VERGARA EDITOR. BUENOS AIRES. (1986).
- NORWOOD, R. WOMEN WHO LOVE TOO.NEW YORK.MUCH.BASIC. (1985).
- PARKER Y HARMAN, M.S. “A CRITIQUE OF THE DISTRIBUTION OF CONSUMPTION MODEL OF PREVENTION”. EN T.C. (1980).
- PARKER Y L. LIGHT (EDS.), NORMATIVE APPROACHES TO THE PREVENTIONOF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. RESEARCH MONOGRAPH.
- PETER ESTEINGLAS “LA FAMILIA ALCOHÓLICA”. GEDISA, PÁG. 58, 146, 272-331, BARCELONA 1889.
- PETER STEINGLAS “ LA FAMILIA ALCOHOLICA” BARCELONA GEDISA, 1989
- RISO, W. (1999). ¿AMAR O DEPENDER? EDITORIAL NORMA. BOGOTÁ
- RODRÍGUEZ MARTOS “MANUAL DEL ALCOHOLISMO PARA EL MEDICO DE CABECERA” EDITORIAL, SALVAT. PÁG. 17-23. (1989).
- RODRÍGUEZ MARTOS ALICIA “MANUAL DEL ALCOHOLISMO PARA EL MEDICO DE CABECERA” EDITORIAL SALVAT PÁG. 17-37, (1989).
- RUIZ RODRÍGUEZ G. “LA FAMILIA” GEN INTEGR (1990)

- SANPIERI HERNANDEZ "METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN" EDITORIAL. MC GRAN HILL. PAG. 194-198. (1991).
- SECADES, R. "ALCOHOLISMO JUVENIL. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO". MADRID: PIRÁMIDE. (1996).
- SECRETARÍA DE SALUD: "ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES. SISTEMA NACIONAL DE ENCUESTAS DE SALUD: ALCOHOL". MÉXICO, PÁG 358. (1990)
- SECRETARIA DE SALUD, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA , TERCERA ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES 1998, MÉXICO, (1999)
- SHARON WEGSCHEIDER, ANOTHER CHANCE, HOPE AND HELP FOR THE ALCOHOLIC FAMILY (OTRA OPORTUNIDAD, ESPERANZA Y SALUD PARA LA FAMILIA ALCOHÓLICA). (1989)
- SOBELL, M.B. Y SOBELL, L.C. *PROBLEM DRINKERS. GUIDED SELF-CHANGE TREATMENT*. NUEVA YORK: GUILDFORD. (1993).
- STEINER, C. LA EDUCACIÓN EMOCIONAL. JAVIER VERGARA EDITOR. BUENOS AIRES. (1998).
- STEINGLASS P.; BENNETT L. A.; WOLIN S. J.; REISS D. "LA FAMILIA ALCOHOLICA". BARCELONA. GEDISA. (1989)
- SWISHER, J.D. PREVENTION ISSUES. EN R.I. DUPONT, A. (1979).
- TAPIA COYER ROBERTO "LAS ADICCIONES DIMENSIÓN IMPACTO Y PERSPECTIVA". EDITORIAL MANUAL MODERNO PÁG. 127-136, 139-141, (2001).
- TARTER, R.E. Y MEZZICH, A.C. ONTOGENY OF SUBSTANCE ABUSE: PERSPECTIVES AND FINDINGS. EN M. GLANTZ Y R (1992).
- VACCA, R "LOS PADRES, LOS HIJOS Y LA PAREJA DEL ADICTO: DE LA FAMILIA FUNCIONAL A LA DISFUNCIONAL". OPCION, LIMA. (1998).
- VELASCO FERNANDEZ RAFAEL "ESA ENFERMEDAD LLAMADA ALCOHOLISMO". EDITORIAL TRILLAS, PÁG. 12- 64. (2002)

- WEGSCHEIDER-CRUSE, S. "CODEPENDENCY: THE THERAPEUTIC VOID".EN J.WOITITZ, S. WEGSCHEIDER- CRUSE Y C.WHITFIELD (EDS.).CODEPENDENCY AN EMERGING ISSUE. DEERFIELD BEACH.FLORIDA. HEALTH COMMUNICATIONS, INC.(1984).
- WILSON, G.T. ALCOHOL USE AND ABUSE: A SOCIAL LEARNING ANALYSIS. EN C.D. CHAUDRON Y D.A. WILKINSON (EDS.) (1988).
- WITHFIELD, C .CODEPENDENCE, HEALING THE HUMAN CONDITION. HEALTH COMUNICATIONS.INC., FLORIDA. (1991).
- WOITITZ GERINGER "HIJOS ADULTOS DE PADRES ALCOHOLICOS" EDITORIAL. DIANA, PÁG. 133-160. (1998).
- YATES AUBRE J. "TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO"; EDITORIAL TRILLAS. PAG. 355-363. (1973).
- ZARCO HURBE "RELACIÓN DE LA CODEPENDENCIA, EL APEGO, LOS ESTILOS DE AMOR Y LOS RASGOS DE MASCULINIDAD Y FEMINIDAD EN ADULTOS" (2005).