



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 76

“COMPARACION DE LA FUNCIÓN FAMILIAR DE ALCOHÓLICOS
EN RECUPERACIÓN CON LA DE ACTIVOS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. ALEJANDRO RUIZ SILVA

URUAPAN, MICHOACÁN

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“COMPARACION DE LA FUNCIÓN FAMILIAR DE ALCOHÓLICOS EN
RECUPERACIÓN CON LA DE ACTIVOS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. ALEJANDRO RUIZ SILVA.

AUTORIZACIONES:

DRA. MARÍA DEL PILAR ROCÍO MORA CONTRERAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN LA SEDE URUAPAN Y ASESORA METODOLÓGICA Y DE TEMA.

DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE ENSEÑANZA EN MICHOACAN

No. DE REGISTRO DE LA TESIS ANTE EL COMITÉ LOCAL DE
INVESTIGACIÓN: R-2007-1603-3

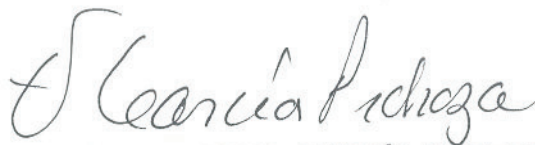
COMPARACION DE LA FUNCION FAMILIAR DE ALCHOLICOS EN
RECUPERACION CON LA DE ACTIVOS

PRESENTA

ALEJANDRO RUIZ SILVA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DEDICATORIA

A toda mi familia, por el apoyo incondicional que me ofreció para la realización de este curso.

A mis compañeros y amigos, por el ánimo que me infundieron.

Y a todos los que me han ayudado de una forma u otra para obtener una mejor preparación profesional, lo que sin duda redundará en la mejor atención que otorgue a los derechohabientes.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María del Pilar Rocío Mora Contreras por su orientación y el apoyo en la elaboración de este trabajo.

Al Dr. J. Melquiades Jerónimo Camacho Pérez por su participación en los aspectos metodológicos de la investigación.

Al Matemático Carlos Gómez Alonso por su colaboración en el manejo estadístico de los datos.

RESUMEN

“COMPARACION DE LA FUNCIÓN FAMILIAR DE ALCOHÓLICOS EN RECUPERACIÓN CON LA DE ACTIVOS”

Dr. Alejandro Ruiz Silva

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo en la actualidad representa un problema de salud pública creciente, que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Su tratamiento es complejo y difícil, por lo que el médico familiar debe conocer todas las opciones y apoyos por medio de los cuales puede ayudar a los pacientes alcohólicos y sus familias a hacer frente a la enfermedad. Una de las opciones es la integración a los grupos de “A.A”, pero se desconoce el efecto que en las familias tiene tal tratamiento.

OBJETIVO

Comparar la función familiar de alcohólicos en recuperación con la de activos.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un universo de sesenta y ocho, se tomaron cincuenta familias con un integrante alcohólico en recuperación (perteneciente a un grupo de “A.A.” y cincuenta familias con un integrante alcohólico activo, ya fuera el padre o madre de familia, una vez aplicados los criterios de exclusión; lo anterior para hacer un estudio comparativo. Mediante el instrumento de APGAR familiar aplicado a cada uno de los miembros de las familias mencionadas se valoró el grado de disfunción familiar percibido existente. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrada con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 15.

RESULTADOS

Se encontró que la función familiar es percibida como mejor en las familias de los alcohólicos en recuperación que en las de los activos. Existe una desproporción muy importante en el número de alcohólicos de ambos sexos, por lo menos de los que admitieron serlo; de cien alcohólicos estudiados sólo dos eran mujeres. La escolaridad de la población estudiada fue básica, y en menor proporción media, por lo que puede suponerse que desconocen los riesgos a los que se exponen con el alcoholismo.

CONCLUSIONES

Los grupos de “A.A.” constituyen una excelente herramienta de apoyo para el tratamiento del alcoholismo que debería ser más utilizado por el personal de salud. Es importante diagnosticar y tratar oportunamente todo caso de alcoholismo con todos los recursos de que se pueda echar mano, dada la negativa repercusión individual, familiar y social de esta enfermedad.

INDICE

Antecedentes:.....	8
Marco teórico:.....	10
Planteamiento del problema:.....	41
Justificación:.....	41
Objetivo:.....	42
Hipótesis:.....	42
Metodología:.....	42
Resultados:	46
Discusión:	58
Conclusiones:.....	60
Bibliografía:.....	61
Anexos:.....	64

ANTEDECENTES:

Las bebidas alcohólicas se han utilizado siempre, han acompañado en la historia al hombre desde su principio. Originalmente obtenido por la fermentación de frutas y cereales, ha formado parte de la alimentación de los seres humanos, o ha sido utilizado con muy diversos fines, desde celebraciones rituales, para festejar acontecimientos tales como tener una nueva casa, la fiesta de la cosecha, las bodas y los funerales; hasta como relajante, euforizante, sedante, anestésico y desinfectante. En algunas sociedades de la antigüedad, - ante la falta de agua potable, se utilizó para purificarla.

El alcohol y su consumo se mencionan en infinidad de pasajes de la Biblia y otros escritos históricos y religiosos. La primera borrachera de la que hay constancia escrita es la de Noé, quien tan pronto bajó del Arca plantó una viña, elaboró su vino, se embriagó y se echó desnudo en medio de su tienda. Esto desató una escisión familiar (1). Nabucodonosor padeció el *delirium tremens*, y también se describe en la Biblia. Se menciona además el vino en la última cena de Jesús.

En la edad media los alquimistas usaban el alcohol para obtener esencias por destilación. A Fray Luis de León le supuso la cárcel una metáfora que utilizó en una ocasión, y que decía: *“ramo de pámpanos es el amado y racimos de uva los pechos de la amada”*.

Aunque las últimas investigaciones han encontrado que un consumo moderado de alcohol es benéfico para la salud, es muy fácil caer en el abuso, y éste es absolutamente destructivo, tanto para el individuo que lo consume como para su familia, para el trabajo que desempeña, y la sociedad en la que vive.

No obstante, debido a lo extendido de su consumo en el mundo actual, se considera lo más natural ofrecer y beber alcohol en reuniones de todo tipo, y aún su consumo a solas no es mal visto. Hay inclusive familias en las que el alcohol se considera imprescindible para hacer un *buen ambiente* ; y no se recapacita en el daño que esta costumbre conlleva hasta que sus estragos se hacen evidentes.

Existen organizaciones que promueven la abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas. La mayoría de las organizaciones antialcohol han solicitado la aprobación de una normativa que prohíba su venta y consumo. La creación de estas organizaciones a favor de la abstinencia se remonta a principios del siglo XIX en Estados Unidos, cuando surgieron las primeras ligas antialcohol en Nueva York (1808), Massachusetts (1813) y Connecticut (1813). En Europa este tipo de organizaciones se fundaron en las décadas de 1820 y 1830, siendo las más fuertes las de gran Bretaña y los países escandinavos.

Durante la década de 1920, en los Estados Unidos se declaró ilegal la producción, venta o importación de alcohol, período que se denominó Ley Seca, y que duró 13 años. En España está prohibida la venta de alcohol a los menores de 18 años.

El alcoholismo no solamente afecta al individuo que lo padece, también afecta en gran medida a su familia. Cuando se tiene a un enfermo alcohólico la

funcionalidad familiar se ve alterada, pero por el mecanismo de homeostasis frecuentemente se logra que el posible daño se minimice o se anule, gracias al surgimiento de roles emergentes o de otros mecanismos de defensa, siempre y cuando la familia cuente con recursos. Si estos mecanismos se perpetúan se llega a un ajuste y la familia se salva de la desintegración; debido a ello hay quien cuestiona la necesidad de realizar alguna intervención para rehabilitar a los alcohólicos; consideran que constituye un riesgo para la funcionalidad familiar que no es conveniente propiciar ni fomentar, ante el riesgo de atacar la unidad familiar.

Por otro lado es muy importante considerar la percepción que de la propia funcionalidad tienen las familias, tanto de pacientes alcohólicos como de no alcohólicos. Hay situaciones en las que las familias prefieren tener a un miembro alcoholizado debido a que su personalidad difícil mejora; es decir, se vuelven más cariñosos, expansivos, desinhibidos o dádivosos. Sin embargo a la larga el perjuicio es mayor que el beneficio que se obtiene; de aquí surgió la inquietud por realizar el presente trabajo.

MARCO TEÓRICO:

Las consecuencias negativas del consumo del alcohol representan actualmente uno de los problemas más importantes de la salud pública en México. Sin embargo no se trata de un problema reciente, ya que durante la segunda mitad del siglo XIX empezó a considerarse como una causa grave de morbilidad y mortalidad, al punto de llegar a constituir una preocupación tanto para los médicos como para las autoridades sanitarias. Fue hacia finales del siglo cuando los médicos mexicanos no sólo comenzaron a asociar el

alcoholismo con enfermedad y mortalidad, sino lo consideraron también como una de las causas principales de la pobreza, la delincuencia y la desorganización familiar que caracterizaba especialmente a la población urbana.

Hasta hace poco el alcoholismo había sido visto como enfermedad en singular, y el trabajo de Jellinek (1960) influyó definitivamente en el mantenimiento de tal posición. Pero también ha sido considerado en forma multidimensional, punto de vista que ha florecido particularmente en el contexto clínico (Wanberg y Horn, 1983). La posición más generalizada es que además de diferentes tipos de alcohólicos hay también estilos distintos de alcoholismo y múltiples problemas derivados del mismo (Lex, 1987). Entre otras cosas ello sugiere que debe existir un amplio espectro de terapias apropiadas para cada individuo, cuyos problemas deben ser evidentemente distintos. Se admite, sin embargo, que la enfermedad, como otras muchas, tiene variados antecedentes, pero siempre se termina reduciéndola a una etiqueta particular con ciertas disfunciones y síntomas. Es entonces cuando suele afirmarse que un alcohólico siempre será un alcohólico y que lo único posible es la recuperación y no la cura.

En un reporte de EUA (1983) sobre los efectos del alcohol en la productividad, se afirmó que los costos del abuso del alcohol y otras drogas resultaron sencillamente devastadores, y que el precio que pagó la nación estadounidense en gastos médicos, tiempo y productividad perdidos es de unos 70 billones de dólares anuales. Los empleados con algún problema de alcohol u otras drogas se ausentaron del trabajo 16 veces más que el empleado promedio, sufrían un promedio de accidentes 4 veces mayor, usaban

30% más los beneficios médicos y obtenían 5 veces más compensaciones laborales. Según el mismo reporte, 40% de las muertes y 47% de las heridas sufridas en la industria estuvieron asociadas al alcohol.

El término alcoholismo fue acuñado en 1850 por el médico sueco Magnus Huss, definiéndola en términos de la dependencia que ocasiona y en función del número y tipo de problemas que causa. De todas maneras, una buena definición de alcohólico pudiera ser la de un individuo que bebe continua o intermitentemente, demostrando tal incapacidad para abstenerse que termina provocándose daño físico y mental de consecuencias personales, económicas y sociales graves (Helzer, 1987). Aunque se ha expresado el interés creciente de la medicina por las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol y por encontrar sus causas, para mediados del siglo XIX se le comenzó a relacionar con otros problemas igualmente graves, especialmente con la desnutrición, la violencia y la cirrosis hepática, al tiempo que, - y en un intento por explicar su origen, - se propusieron diversas teorías hereditarias, lo que ha su vez favoreció el desarrollo de una visión de alcoholismo como “lacra social”, según se decía en esa época.

El alcohol, a causa de la diversidad de sus fuentes de obtención, fue antes de la universalización del tabaco el tóxico de mayor difusión y consumo mundial; sin embargo, no fue hasta 1849 en que Magnus Huss acuñó en Suecia el término de alcoholismo con la connotación de enfermedad.

El alcoholismo fue definido por Jenillek como una enfermedad que incluye todo uso de bebidas que causen daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a ambos. Es actualmente la toxicomanía de mayor relevancia a nivel mundial por su prevalencia y repercusión biopsicosocial.

El consumo de alcohol se vincula a nivel mundial con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios, suicidios y arrestos policiales. Reduce mucho la expectativa de vida, determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas, y el 8 % de los ingresos por psicosis. Hoy en día existe un alcoholico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y la cifra de estas últimas llega aproximadamente al 70 % de la población mundial si excluimos los países islámicos. Resulta sorprendente el costo social y económico para la mayoría de los países del mundo, incluyendo el nuestro, donde los accidentes del tránsito, por citar un ejemplo, constituyen la cuarta causa de muerte; y están asociados en una proporción elevada a la ingestión de bebidas alcohólicas. Por otro lado el alcoholismo es un problema de salud que debe ser conocido y tratado desde edades tempranas de la vida, siendo la opción asistencial la más efectiva para atenuar el mal pronóstico de esta toxicomanía, que no excluye a los futuros médicos de ambos sexos. El alcohol ingerido por la madre durante los primeros 4 meses de la gestación incide sobre la monstruosidad teratológica, y estudios recientes han reportado reacciones anafilácticas y choque anafiláctico por ingestión de alcohol etílico. La ingestión de alcohol etílico está presente en todos los niveles educacionales, con una distribución de alcoholicos según la edad de comienzo de la ingestión del tóxico de hasta un 30 % en los menores de 15 años (2).

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad, se trata de la búsqueda de la identidad y desde luego, del sentido de pertenencia. Muchos adolescentes experimentan con el alcohol, el tabaco u otras drogas, por la curiosidad o para sentirse adultos entre otras razones; aunque difícilmente a esta edad tomen

conciencia real de una adicción y no admiten el riesgo de ésta. El alcoholismo produce una necesidad de beber tal, que no se es capaz de controlarse, el haber saciado esta necesidad produce un sentimiento de descanso o alivio, y esto atrae una sensación de desinhibición. El consumo de alcohol y drogas pasa por varias etapas:

- Experimentación: prueban sustancias para saber qué se siente, esta etapa se presenta entre los 10 y 16 años, aunque en las estadísticas se habla de niños entre 7 y 9 años.
- Uso: el adolescente bebe en reuniones sociales para divertirse y ser aceptado, o bien consume alguna droga de manera esporádica con su grupo, pero el resto del tiempo se mantiene alejado de estas sustancias.
- Abuso: el adolescente busca el alcohol o la droga; las fiestas entonces ya no son para divertirse y socializar, sino para consumir. Por otro lado hacerlo en privado es un signo muy claro de que algo está realmente muy mal, de que existe un problema serio. En el caso de la bebida el adolescente puede desarrollar una gran tolerancia al alcohol, esta situación es engañosa pues traerá consigo prestigio entre sus amistades, en realidad este es un momento de enorme riesgo.
- Adicción: el chico o la chica lo harán cada vez con más frecuencia y en mayor cantidad. El adolescente pierde por completo el control por la bebida, bebe a cualquier hora y empieza a mostrar síntomas físicos como temblores, calambres, complicaciones en el hígado o pérdida de peso (3).

Por la presión social y como producto de su alcoholismo, el alcohólico es segregado de la sociedad y de su familia. Los grupos de apoyo como

Alcohólicos Anónimos, aunque cumplen con una labor de rehabilitación, también mantienen alejados de la sociedad a sus integrantes (4).

Para determinar si la dinámica familiar y la condición socio-económica constituyen factores de riesgo para el abuso de alcohol se realizó una investigación en 1995 en la población estudiantil adolescente del Distrito Federal. Se tomó una muestra aleatoria estratificada de 384 estudiantes de 27 colegios; aplicándose tres instrumentos para evaluar: dinámica familiar, condición socio-económica y abuso de alcohol. Se halló que la frecuencia de abuso es 17.71 %; de uso 34.91% y la de consumo 52.61%. Mientras en la población estudiada la disfunción familiar se presentó en el 46.61%, en la población con abuso se detectó en un 48.53%. Así mismo, en la población estudiada la condición socioeconómica baja constituyó el 54%, pero en la población con abuso se incrementó al 60%. La disfunción familiar y la condición socioeconómica baja, constituyeron factores de riesgo poco significativos para el abuso de alcohol, (1.1 y 1.36 respectivamente), pero se agregaron a los diversos factores que llevan a abusarlo. La edad de inicio del consumo más frecuente estuvo entre los 14 y 15 años; el motivo más común de inicio fue la curiosidad, y el de persistencia de consumo la participación en celebraciones. En la población con abuso la edad promedio fue de 15.94 años. Los varones abusaron antes que las mujeres, y estuvieron en relación de 4: 1. Se encontró mayor abuso en presencia de disfunción familiar severa o condición socio-económica baja, y mayor consumo en caso de disfunción familiar leve o condición socio-económica alta (5).

Vale definir “factores de riesgo” como “aquellas circunstancias personales y sociales que, relacionadas con las drogas, aumentan la probabilidad de que un

sujeto se inicie en el consumo”. Los factores de riesgo para tabaquismo y alcoholismo en los niños y adolescentes son sexo, edad, nivel socioeconómico, padres fumadores y bebedores, hermanos mayores y amigos, bajo rendimiento escolar, trabajo remunerado y migración del país.

Cuando se abordan factores de riesgo indistintamente se está hablando sobre exposición. La exposición a un factor significa que una persona, antes de manifestar un problema, estuvo en contacto con uno o más factores. Con frecuencia el contacto con factores de riesgo para dolencias crónicas ocurre en un largo periodo de tiempo. El consumo de tabaco, alcohol, hipertensión arterial, promiscuidad, son ejemplos.

Varios estudios confirman la asociación y correlación positiva entre tabaquismo y alcoholismo. El consumo de alcohol produce un nivel de preocupación muy alto con relación al consumo del tabaco, pero es inferior al de las drogas. La influencia sobre drogas principalmente se obtiene de la familia, de los amigos y de los medios de información. Los modelos de identificación de los hijos se centran en los padres. En este sentido se pretende evaluar los principales factores de riesgo presentes en el ambiente familiar que predisponen a niños y adolescentes al consumo de alcohol y tabaco (6).

En la Medicina Familiar es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar.

Es tarea del médico fomentar en la familia la idea de la autorresponsabilidad en la salud de este colectivo y de sus miembros, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones.

Realizamos este trabajo motivados por definir cómo percibe cada miembro el funcionamiento familiar, y precisar los signos de alarma más frecuentes para poder influir directamente sobre cada uno y ayudar a revertir el problema (7).

El alcoholismo es uno de los desórdenes psiquiátricos más comunes, con una prevalencia del 8 al 14 %. Esta enfermedad frecuentemente se acompaña por el abuso de otras sustancias, particularmente nicotina, lo que da ansiedad, malhumor y desórdenes de personalidad antisocial. Está altamente asociada a morbilidad y mortalidad, y a menudo es reconocida como el escenario de una enfermedad primaria mental. El alcoholismo a menudo es tratado con una variedad de métodos psicológicos y no psicológicos, como fármacos que sólo son útiles por periodos cortos de tiempo (8).

Identificar tempranamente el alcoholismo ayuda a descubrir otros problemas importantes de riesgo para el propio alcohólico y sus familiares, y así poder intervenir adecuadamente. La psicología tal vez puede cambiar el comportamiento de los bebedores, la herramienta más efectiva es describir el comportamiento del bebedor, designar una identidad con sus padres o sus autoridades, para iniciar rápidamente la terapia de rehabilitación (9).

El primer problema en la atención del enfermo de abuso de alcohol y dependencia alcohólica es que el paciente no tiene conciencia de su padecimiento o trata de minimizar y ocultar su problema (la negación es una constante). No demanda consulta por su enfermedad primaria, sino por sus complicaciones; no identifica la oportunidad de tratarse en el primer nivel de atención y recurre a la medicina alternativa o tradicional.

Por su parte, el médico asume posiciones paternalistas o de juez, no desea antagonizar con los pacientes, sólo atiende la causa inmediata o la

complicación presente y no aborda al núcleo familiar; argumenta incoordinación del equipo multidisciplinario de salud y exceso de consulta; no le da valor a las posibilidades de cambio a través de la consejería y a las intervenciones breves en su ámbito, pues desconoce las múltiples evidencias que señalan que el médico del primer nivel se encuentra en una posición privilegiada para la atención del alcoholismo (10).

El médico general está en mejor posición que los especialistas para tratar estos problemas, ya que los pacientes son más anuentes a consultar con él que con un psiquiatra o psicólogo; también se ha demostrado que las personas prefieren recibir un tratamiento sencillo y breve por su médico general, que tratamientos especializados más complejos y costosos (11).

En la literatura nacional existe consenso en torno a la importancia de la mortalidad por cirrosis hepática, como uno de los problemas prioritarios de salud y como una de las manifestaciones más relevantes del impacto de las bebidas alcohólicas sobre la salud pública. La muerte por cirrosis hepática se ubicó en las últimas décadas dentro de las diez primeras causas de muerte, llegando a ocupar el cuarto lugar en el año de 1996.

En el pasado, los datos de morbilidad y mortalidad por cirrosis hepática se utilizaron como un indicador para estimar la prevalencia del alcoholismo. Con ese propósito se publicaron en nuestro país diversos trabajos sobre la mortalidad por esta causa, algunos de los cuales se enfocaron primordialmente al análisis del alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas. Esos análisis, aunque limitados a un periodo breve, permitieron llegar a algunas conclusiones de gran interés, entre las que destacan las siguientes: a) la cirrosis hepática es una importante causa de muerte, particularmente entre los individuos del sexo

masculino en edad productiva; b) la magnitud de la mortalidad por esta causa presenta una distribución regional desigual, y c) las tasas de mortalidad por esta patología en nuestro país se encuentran entre las más altas a nivel internacional (12).

Durante años la transmisión generacional del alcoholismo ha sido tema de interés para investigadores de diversas disciplinas, los cuales han aportado explicaciones de índole psicosocial, psicodinámica y biogenética, entre otras, para una mejor comprensión de este fenómeno. Diferentes revisiones sobre el tema señalan que las investigaciones más recientes aceptan la etiología heterogénea de la dependencia al alcohol.

La mayoría de los estudios en el campo de la genética, la biología molecular y la investigación social concuerdan en que los individuos con historia familiar de alcoholismo son más vulnerables a padecer cuadros severos de alcoholismo y otras desventajas neuropsicológicas; además predispone en general, tanto a hombres como a mujeres, a un amplio rango de problemas; uno de los cuales es el propio alcoholismo. Algunos factores que afectan la gravedad de esta adicción son: el sexo del descendiente la presencia de consumo en ambos progenitores y el inicio temprano del consumo (13).

El alcohol es una de las sustancias más usadas a nivel mundial. El consumo de alcohol está frecuentemente permitido en niños y adolescentes, situación que explica el inicio temprano de su consumo. Su rol es importante en actos violentos como accidentalidad, suicidio y homicidio; en enfermedades orgánicas como la cirrosis hepática y pancreatitis; problemas laborales y pérdida de productividad por ausentismo, accidentes de trabajo e incapacidades; años potenciales de vida perdidos, aumento de la demanda en

la atención médica, y otros efectos negativos sobre el individuo, el núcleo familiar y la sociedad. Igualmente es la sustancia más relacionada con violencia doméstica y aumenta el riesgo de contraer infección por VIH debido al comportamiento sexual sin protección, frecuente cuando se está en estado de embriaguez. Es el segundo factor causante de muerte prematura después del tabaco. A nivel mundial los mayores niveles de consumo y la mayor prevalencia de problemas relacionados con el consumo se encuentran en las regiones más desarrolladas: Europa, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.

En Estados Unidos, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Abuso del Alcohol en 1988, clasificó a la mayoría de los norteamericanos como bebedores frecuentes (51,4 %); alrededor del 27 % de la muestra estudiada reportó beber más de tres veces a la semana, y el número de tragos por ocasión de beber fue del orden de 2.9. Un estudio patrocinado por la misma entidad en el año de 1992 encontró que la tasa de prevalencia para el consumo del alcohol es mayor en la población de 45 años y más, y la mortalidad por suicidio predomina en adolescentes mujeres y adultas jóvenes como consecuencia de beber.

Como lo presentó el informe "La Salud en las Américas", la mayoría de los países reportan dependencia del alcohol de un 6 % a 8 % para la población mayor de 12 años, y cerca del 12 % son bebedores excesivos. En América Latina se presentan cifras elevadas de defunción por cirrosis hepática en las zonas de Chile, México y Puerto Rico. En países como Argentina y Uruguay se ha reducido notablemente el consumo de alcohol y la muerte por cirrosis hepática (14).

El alcoholismo es una enfermedad que afecta no sólo al individuo que la padece sino a toda su familia, debido a que, sin percibirlo, el problema llega a formar parte integral del estilo de vida de la misma. Poco a poco el alcohólico se convierte en el foco de atención de todos los familiares, quienes se vuelven codependientes del enfermo y se preguntan si fueron ellos los que fallaron, o se sienten terriblemente frustrados al saber que no pueden hacer nada para remediar el problema.

El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta manifestado por la preocupación desmedida por el alcohol, y su consumo con deterioro de la salud física y mental; con pérdida del control cuando se empieza a beber y con una actitud autodestructiva en las relaciones personales y situaciones vitales. Se ha formulado la hipótesis de que el alcoholismo es la consecuencia de un trastorno y privación en las primeras experiencias vitales y en las alteraciones asociadas a la capacidad de respuesta psicoquímica básica, también con la identificación del alcohólico con figuras significativas que han tratado sus problemas vitales, con una preocupación patológica por el alcohol, y con un ambiente sociocultural que origina ambivalencia, conflicto y culpabilidad en la utilización del alcohol.

Jellinek, en uno de los estudios más serios del fenómeno, dio la siguiente definición: “El alcoholismo es cualquier consumo de bebidas alcohólicas que causa daño al individuo, a la sociedad o a ambos” y afirmó que una definición tan vaga como ésta es útil, pues permite la clasificación de los tipos de alcoholismo; dado que no todos corresponden a la categoría de enfermedad. Estos tipos más que definiciones funcionan operacionalmente y delimitan

algunos rasgos, como consecuencia de la forma excesiva de beber en grupo, aunque algunos sujetos lo hacen aisladamente.

* Alcoholismo Compulsivo: La persona que se incluye en este patrón es incapaz de dejar de beber una vez que empieza y lo hace hasta quedar totalmente intoxicado o sin dinero. Puede tener periodos de abstinencia; no obstante, una vez que inicia la bebida, no puede regular la cantidad que ingiere. A esto se le denomina “pérdida del control”. Algunos de estos bebedores mantienen en el mundo un funcionamiento más o menos adecuado, ya que se emborrachan durante el fin de semana pero el lunes se presentan a trabajar. En general desarrollan varios padecimientos en el periodo de su alcoholismo, así como un gran deterioro en su vida familiar y social.

* Alcoholismo periódico: La persona vive por periodos hasta de seis meses sin beber o lo hace en forma social, y de pronto comienza a beber excesivamente durante días o semanas olvidando todas sus responsabilidades, hasta que cesa de beber súbitamente y se abstiene por un tiempo, para de nuevo caer en este patrón.

* Alcoholismo sintomático: Algunas veces el alcoholismo ocurre en pacientes que sufren otro padecimiento mental, que aparece como un síntoma de un trastorno subyacente, tal como la depresión o esquizofrenia, y que puede actuar como el precipitante de esas patologías. En este caso el alcoholismo es secundario y se le debe dar la importancia primordial al tratamiento de la enfermedad original.

* Síndrome de dependencia del alcohol: La expresión “dependencia del alcohol”, que se describe con detalle en el informe de un grupo de

investigadores de la Organización Mundial de la Salud, ha sustituido a la de “alcoholismo” en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, y su empleo aumenta en el terreno científico. De acuerdo con ese informe, un criterio para el diagnóstico del síndrome de dependencia del alcohol es un cambio en el comportamiento del individuo, que incluye, además de una alteración en el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad en la ingesta de manera no aprobada en su ambiente sociocultural, a pesar de las consecuencias dolorosas directas que puede sufrir, como enfermedades físicas, rechazo de su familia, perjuicios económicos y sanciones penales. El informe también se refiere a un estado de alteración subjetiva en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente en su forma de beber, padece una urgencia de ingerir y se pone de manifiesto “una importancia fundamental del alcohol”, en donde las ocasiones de beber adquieren una preferencia sobre otras actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psíquica, con signos y síntomas de privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de tolerancia.

* La familia alcohólica: En el sistema familiar alcohólico se vive con el enfermo y se desarrollan pautas de relación con él y entre todos sus miembros, de acuerdo a si en ese momento ha bebido o está sin beber. Conforme la enfermedad aumenta se endurecen ciertas formas de respuesta ante el dependiente, como son sobreprotección, agresión o evasión. En Minuchin (1974), se describieron las características de un sistema familiar y cómo se manifiestan en la familia de un alcohólico. Los roles son los papeles que cada uno desempeña dentro del sistema: el de padre, esposa, madre, proveedor,

etcétera. Cuando sobreviene la enfermedad, éstos cambian poco a poco y alguien dentro del sistema ocupa el papel del padre o de la madre que ha abandonado el alcohólico. Los límites son los que diferencian a cada uno de los miembros. Pero en las familias que nos ocupan, existe mucha invasión de los límites en el subsistema conyugal, se van perdiendo el respeto y al día siguiente de una fuerte borrachera ya nada es igual. Todo sistema familiar tiene a lo largo de su historia, reglas habladas y otras tácitas que permiten el orden y el funcionamiento diario. En el sistema familiar alcohólico, éstas no son las mismas, ya que las expectativas de los hijos son diferentes si el padre está sin beber o si ha tomado, de manera que se desarrollan situaciones especiales, como cuando el padre alcohólico aprueba una medida que en otras condiciones rechazaría. La jerarquía determina quién, finalmente, toma las decisiones en casa. Esta jerarquía a veces la asume uno de los padres, se comparte por ambos o se alterna, de acuerdo con las situaciones. En el sistema familiar alcohólico, el padre que no bebe asume poco a poco la jerarquía, puesto que el enfermo se ha vuelto periférico y ausente y cuando está presente en casa, el remordimiento de su conducta alcohólica le disminuye la firmeza aunque tal vez grite o vocifere, pero quien en definitiva toma las decisiones es el padre-madre que no bebe. El sistema familiar alcohólico genera mucha ansiedad entre sus miembros. Según Bowen (1974), “la familia es un sistema en donde un cambio en el funcionamiento de uno de los miembros, produce, automáticamente, el cambio compensatorio en su otro miembro”. Si un integrante de la familia está enfermo por temporadas y no actúa adecuadamente dentro del grupo, el otro lo sustituirá mientras se recupera. Los niños conviven con este trastorno a pesar de que en ocasiones

traten de aminorar o suavizar los acontecimientos pero, finalmente, siempre se dan cuenta de que algo sucede en casa y los hace sentirse mal. Ya sea porque escucharon alguna pelea entre los padres o porque ayudaron a la madre a tirar botellas o a buscar otros escondites, o le pidieron al padre que jugara con ellos para distraerlo y, de esta manera, aminorar su consumo de alcohol. Hazelden, en sus tratamientos integrales (Family Assesment,1986), preguntó a los miembros de la familia cuándo fue la primera vez en que recordaban haber visto a alguien en estado de ebriedad, así como cuáles fueron sus sentimientos y pensamientos. En todos los casos el recuerdo de los participantes de haber visto a alguien bebiendo, se remontó entre los seis y siete años, y por primera vez ebrio, a los siete años. Estos recuerdos se asocian con sentimientos de miedo, confusión y asco; con situaciones de fiesta y con el convencimiento de que beber cambia a la gente. Esto reafirma que, al igual que los adultos y los jóvenes, los niños viven la enfermedad, que ésta los afecta y, por tanto, se les debe incluir en el tratamiento que puede ayudarlos igual o más que al resto del grupo familiar.

* Recuperación de la familia: Una vez que el alcohólico dejó de beber, surge una dificultad nueva, muy alejada de las expectativas de su familia. La batalla que ha entablado ésta en contra de la adicción, ha consumido buena parte de su energía y tal parece que ha concluído. Todos los miembros experimentan la misma euforia que el dependiente, una vez que éste descubre que la vida puede ser alegre y significativa sin el alcohol. Lo que le sucede ahora a la familia es que debe hacer muchos cambios. Ciertamente es que el proceso de recuperación implica la pérdida de muchos elementos adversos, elementos que la gente no imagina que puede extrañar.

Pero aun así, la pérdida de algo doloroso, requiere de ajustes profundos. El problema del alcoholismo es que forma parte integral del estilo de la familia. Poco a poco el dependiente se convierte en el foco de atención de todos sus parientes, quienes se preguntan si fueron ellos los que fallaron o se sienten terriblemente frustrados al saber que no pueden hacer nada para remediar el problema.

El grado de absorción en la vida del adicto sobrepasa la preocupación normal que tienen unos por otros familiares. Es de imaginarse la tensión a que se someten quienes habitan el hogar si el alcohólico deja de beber. Ésta pierde así a uno de sus miembros clave y todos deben construir nuevas relaciones en torno a este ser distinto, cuando parecía que todos estarían más que contentos por liberarse por fin y de una vez por todas de una carga tan pesada. Una forma de ver esto más claramente es reconocer cuánta seguridad emocional existe en la relación de la familia con su alcohólico. Éste necesita relaciones de seguridad con otros para mantenerse limpio. Las familias actúan en consecuencia, ya que sin ellos el dependiente no podría funcionar; y saben que el alcohólico tiene emocionalmente necesidad de ellos. Hablando en general, las relaciones en estos hogares son fijas y rígidas, no necesitan negociarse ni reafirmarse. Se pierden el respeto unos a otros miembros y se toma gratuitamente. Aunque este estilo de vida es muy doloroso, por lo menos hay la certeza de cómo reaccionan los familiares prácticamente ante toda la situación. Es como si ensayaran su vida diaria una y otra vez. En el nivel del sentimiento, las únicas variaciones están en la intensidad.

Es difícil para la familia aceptar la pérdida de este personaje. Vivir con un alcohólico explicaba a todos los problemas que se suscitaban en la familia. No se trata de culpar conscientemente a nadie, pero la situación de la familia era una razón suficiente para que sus miembros sufrieran. Todo tipo de males, físicos y mentales, se achacaban a la tensión de vivir con un alcohólico. Con su recuperación sucede con sorpresa que no se resuelven automáticamente todos los problemas. Se modifica la costumbre de utilizar al alcohólico como chivo expiatorio, de forma que establecer con claridad las circunstancias externas, es una labor difícil e incómoda. Aquí se explicó cuál es la dinámica que prevalece en un hogar alcohólico, enseguida se exponen algunas características de los dos tipos de familias existentes, la disfuncional y la funcional; pero antes cabe mencionar que a pesar de la presencia de la alteración funcional familiar evidente por la presencia de personas enfermas, la percepción de la funcionalidad por los propios familiares puede variar, por lo que ésta es una cuestión meramente subjetiva. Sin embargo esta percepción puede medirse y ser totalmente válida con instrumentos tales como el APGAR familiar.

A continuación se describen algunas de las características de las familias funcionales y disfuncionales.

Familia funcional:

Comunicación abierta

Expresión libre de sentimientos

Reglas establecidas

Respeto a cada persona

Respeto a la libertad de cada miembro

Sistema consistente de valores

Flexibilidad de criterios

Adaptación al cambio

Atmósfera agradable

Gente sana

Independencia y crecimiento

Confianza y amor

Familia disfuncional:

No se hablan las cosas

Represión de sentimientos

Expectativas indefinidas

Relaciones viciadas

Manipulación y control

Sistema de valores indefinido

Actitudes rígidas

Tradiciones inamovibles

Atmósfera desagradable

Enfermedades frecuentes

Relaciones dependientes

Envidia y desconfianza

Partiendo de las características antes señaladas, podemos decir que las familias de los alcohólicos sin duda son con mucha frecuencia disfuncionales,

ya que las características principales de estas familias son no hablar, no sentir, no confiar y se genera mucha ansiedad.

* La codependencia:

Aquí se explica cómo la familia se vuelve codependiente de un enfermo de alcoholismo, ésta se considera una enfermedad de contagio familiar. “Debo aprender a otorgar a quienes amo la libertad de cometer sus propios errores y reconocerlos como ellos”, dicen en Al-Anón (agrupación de familias de alcohólicos anónimos) cuando se enfrentan a la conducta de los dependientes. Hay quienes tardíamente acaban por darse cuenta de que la enfermedad de alcoholismo que tiene su familiar ha dejado huella, y que se han vuelto codependientes del enfermo, entendiendo como tal “la pérdida de identidad”. Esto significa que uno se aleja de sus propios sentimientos, necesidades y deseos.

Para Beattie (1987), codependiente es “la persona que ha permitido que su vida se vea afectada por la conducta de otra persona, y que está obsesionada por controlar su conducta”.

Codependientes Anónimos señala que las características de las personas calificadas de codependientes son éstas:

- Asumen la responsabilidad de los sentimientos y conductas de otros.
- Tienen dificultad en identificar y expresar sus propios sentimientos.
- Tienen miedo a la forma en que los demás responderán a sus sentimientos.
- Tienen dificultad para formar y mantener relaciones cercanas.

- Tienen miedo de que los demás los rechacen o lastimen.
- Son perfeccionistas y abrigan demasiadas expectativas de ellos y de los demás.
- Tienen dificultad para tomar decisiones.
- Tienden a minimizar, alterar o negar la verdad de cómo se sienten.
- Las acciones y actitudes de otros determinan sus reacciones y respuestas.
- Tienden a poner las necesidades y deseos de otros antes que las de ellos mismos.
- Su miedo a la ira de otros determina lo que dicen o hacen.
- Se cuestionan o ignoran sus valores para relacionarse mejor con otras personas significativas.
- Valoran otras opiniones más que las suyas.
- Su autoestima se rige por la influencia de otros y no reconocen sus aspectos positivos.
- Los sentimientos y conductas de otros determinan su serenidad y atención mental.
- Juzgan muy duramente lo que hacen, piensan y dicen, con los estándares de otros.
- No creen que ser vulnerables y pedir ayuda sea normal o esté bien.
- No saben que está bien hablar de sus problemas fuera de la familia; que los sentimientos son sólo eso y que es mejor compartirlos que negarlos, minimizarlos o justificarlos.
- Son muy leales, aun cuando la lealtad sea injustificada y, a veces, pueda dañarlos.

- Necesitan que los necesiten para relacionarse con los demás.

Por lo anterior podemos decir que, en un ambiente alcohólico, la codependencia se origina cuando se toma la decisión de estar en alerta constante; cuando se desea saber cuándo el enfermo de la casa ingiere cualquier bebida y se busca controlar su actitud, situación que aumenta la ansiedad; cuando también se avergüenzan de las escenas que el alcohólico hace en público, pero en privado esta vergüenza se vuelve reproche. Entonces la familia se convierte en el policía del alcohólico, ya que de ahora en adelante se la pasa contando cuántas copas bebe, vaciando las botellas en el fregadero o escondiéndolas. Estas y otras conductas son de buena intención, pero toda la atención se ha volcado en el alcohólico. Así, poco a poco se enferma la familia, empieza a obsesionarse con la enfermedad y deja a un lado su vida, sus responsabilidades y sus necesidades propias. Sin querer serlo, por lo general la familia se vuelve el principal encubridor de la enfermedad. Se cree que el quitarle de enfrente todos los peligros al alcohólico lo ayuda a curarse, pero lo único que propicia es la continuidad de la enfermedad. A medida que ésta avanza y se prolonga por largos períodos, se crean crisis que terminan en completo caos, ya que el alcohólico se vuelve una persona dependiente que se comporta como si fuera independiente. Para los codependientes la elasticidad y la flexibilidad son el resultado de la habilidad para adaptarse a situaciones nocivas que le permiten al alcohólico sobrevivir a la enfermedad, a los desórdenes y al abatimiento emocional. Hay un gran abandono de los intereses interiores de la persona y lo único que cobra importancia es el bienestar del enfermo y que permanezca sobrio. Así se crea una dependencia con éste, que provoca un completo abandono de la persona del familiar, quien cada vez está

más enfermo. Todo esto ocurre de una manera no consciente, ya que los codependientes creen que es la mejor manera de que el enfermo deje de tomar: “No es cierto que no se puede ayudar a un alcohólico hasta que él desee esa ayuda; lo cierto es que no hay la más remota posibilidad de que el alcohólico deje de beber si otras personas insisten en quitarle de encima todas las consecuencias dolorosas que conlleva la bebida”.

Ante la gran dificultad que conlleva el lograr que los pacientes con dependencia al alcohol dejen de beber, se han intentado diferentes alternativas de tratamiento y manejo, entre las cuales desempeñan actualmente un papel destacado los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA); cuyo auxilio ha sido reconocido como invaluable incluso por el gremio médico. Asimismo, con el objeto de ayudar a las familias de los pacientes alcohólicos se han conformado los grupos de Al-Anon y Al-Ateen; en ellos los familiares aprenden a cambiar de actitud con respecto al enfermo alcohólico, a desprenderse emocionalmente de las consecuencias del alcoholismo de su familiar, y a evitar la codependencia que perpetúa y agrava la propia enfermedad del alcoholismo.

Miembros de Al-Anon y Al-Ateen:

Un religioso, un médico, un asistente social o un miembro de AA, puede iniciar la formación de un grupo Al-Anon y Alateen. Sin embargo, una vez que el grupo ha comenzado, la participación del profesional o del miembro de AA debe limitarse a las reuniones abiertas (15).

Hay doce pasos por medio de los cuales los alcohólicos admiten a conciencia que son incapaces de afrontar solos el alcohol y que necesitan de la ayuda de otras gentes, piden perdón a los que ofendieron, así como

reconocen la existencia de un ser superior, el cual les brinda su ayuda para mantenerse en su sano juicio y no volver a tomar.

LOS DOCE PASOS

Por su poder y valor reconocidos, los Doce Pasos de AA fueron adoptados por Al-Anon, casi palabra por palabra. Representan una forma de vida que atrae a toda clase de personas de buena voluntad, de cualquier creencia religiosa o sin ninguna.

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de Él.
4. Sin temor, hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más

daño, o perjudicado a un tercero.

10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él, y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

LAS DOCE TRADICIONES DE AL-ANON

Las Tradiciones que se citan a continuación hacen que permanezcan ligados en unidad. Guían a los grupos en sus relaciones con otros grupos, con AA y con el mundo circundante. Recomiendan actitudes de grupo sobre dirección, reclutamiento de miembros, dinero, propiedad, relaciones públicas y anonimato.

Las Tradiciones surgieron a partir de las experiencias de grupos AA al tratar de resolver el problema de vivir y trabajar juntos. Al-Anon adoptó estos principios de grupo, y al transcurrir los años los miembros de esta hermandad se dieron cuenta de la validez y sabiduría de dichos principios. Aunque son sólo sugerencias, la unidad de Al-Anon y quizá incluso su supervivencia dependen de la fidelidad a estos principios.

1. Nuestro bienestar común debiera tener la preferencia; el progreso individual

del mayor número depende de la unión.

2. Existe sólo una autoridad fundamental para regir los propósitos del grupo: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de cada grupo. Nuestros dirigentes son tan sólo fieles servidores, y no gobiernan.
3. Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para prestarse mutua ayuda, pueden llamarse un Grupo de Familia Al-Anon, siempre que, como grupo, no tenga otra afiliación. El único requisito para ser miembro es tener un pariente o amigo con un problema de alcoholismo.
4. Cada grupo debiera ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Al-Anon, o AA en su totalidad.
5. Cada Grupo de Familia Al-Anon persigue un solo propósito: prestar ayuda a los familiares de los alcohólicos. Logramos esto, practicando los Doce Pasos de AA nosotros mismos, comprendiendo y estimulando a nuestros propios familiares aquejados por el alcoholismo, y dando la bienvenida y brindando alivio a los familiares de los alcohólicos.
6. Nuestros grupos, como tales, jamás debieran apoyar, financiar, ni prestar su nombre a ninguna empresa extraña, para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro objetivo espiritual que es el primordial. Aun siendo una entidad separada, deberíamos cooperar siempre con Alcohólicos Anónimos.
7. Cada grupo ha de ser económicamente autosuficiente y, por lo tanto, debe rehusar contribuciones externas.
8. Las actividades prescritas por el Duodécimo Paso en Al-Anon nunca debieran tener carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden contratar

empleados especializados.

9. Nuestros grupos, como tales, nunca debieran organizarse, pero pueden crear centros de servicios o comisiones directamente responsables ante las personas a quienes sirven.
10. Los Grupos de Familia Al-Anon no deben emitir opiniones acerca de asuntos ajenos a sus actividades. Por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción. Necesitamos mantener siempre el anonimato personal en la prensa, radio, el cine y la televisión. Debemos proteger con gran esmero el anonimato de todos los miembros de AA.
12. El anonimato es la base espiritual de nuestras Tradiciones y siempre nos recuerda que debemos anteponer los principios a las personas (16).

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO:

Generalidades:

El alcoholismo, también conocido como "síndrome de dependencia al alcohol" es una enfermedad que se caracteriza por los siguientes elementos:

- Deseo insaciable
- Pérdida de control
- Dependencia física

Estos síntomas son usualmente aliviados cuando se vuelve a beber alcohol o se toma alguna otra droga sedante.

El abuso de alcohol se diferencia del alcoholismo en que éste no incluye el deseo o la necesidad compulsiva de beber alcohol, la pérdida de control o la dependencia física.

TIPOS DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO:

La naturaleza del tratamiento depende de la gravedad del problema del alcoholismo de la persona y de los recursos que estén disponibles en su comunidad. El tratamiento puede incluir desintoxicación (el proceso de eliminar alcohol del cuerpo sin peligro); el tomar medicamentos recetados tales como disulfiram, que pueden ayudar a prevenir el volver a beber alcohol una vez que se ha dejado, además de la consejería individual o de grupo. Debido a que la participación de la familia es importante en el proceso de recuperación, muchos programas ofrecen consejería matrimonial como parte del proceso de tratamiento.

Tratamiento de la intoxicación aguda por alcoholismo:

- Proporcionar al paciente un ambiente tranquilo evitando la luz y el ruido.
- Si la intoxicación no es severa y el paciente tiene lucidez y colabora, administrarle líquidos con azúcar y complejo B.
- Si la intoxicación es grave o el paciente no está lúcido, descartar daño neurológico y medicar por vía inyectable.
- Tratar con benzodiazepinas si hay excitación psicomotriz.
- Mantener al paciente abrigado, para mantener la temperatura corporal, ya que la vasodilatación periférica que produce el alcoholismo agudo disminuye el calor interno del cuerpo.

- Administrar suero glucosado y fisiológico por vía intravenosa.
- Administrar suero glucosado hipertónico en caso de hipoglucemia.

Tratamiento de la intoxicación crónica:

- Suprimir totalmente la ingesta de bebidas alcohólicas.
- Tratar el síndrome de abstinencia con vitaminoterapia (Complejo B y C).
- Usar benzodiazepinas si existen síntomas de ansiedad o de agitación motriz.

Tratamiento de la psicopatología asociada:

- Encefalopatía alcohólica y/o alucinación alcohólica: Se debe tratar en un centro médico donde el paciente pueda recibir una nutrición adecuada (macro y micronutrientes), las vitaminas correspondientes (complejo B) y tratamiento para el Sistema Nervioso Central, con benzodiazepinas.
- Epilepsia alcohólica: abstinencia alcohólica, usar solo antiepilépticos si el paciente se mantiene abstemio, y usar benzodiazepinas en caso de crisis convulsivas.
- Trastornos depresivos: antidepresivos

Tratamiento del síndrome de abstinencia:

- Si es leve, no suele necesitar tratamiento, desaparece a las 48 horas.
- Si es grave (Delirium tremens): es necesario que se indique la internación del paciente, con adecuado régimen dietético y vitamínico, rehidratación, vigilancia y evaluación de los episodios febriles. Si es necesario usar medicamentos sedantes.

Tratamiento por medio de psicología:

1.- Psicoterapia.

2.- Terapia de grupo: Es la resolución de problemas por medio de presentar los problemas ante un público o grupo, en el cual los participantes presentan los mismos problemas en común; por ejemplo el tabaquismo, el alcoholismo, depresión, trastornos neuróticos o de la personalidad. Sus objetivos principales son: fomentar la salud mental, aliviar los síntomas de los pacientes y enseñar a estos a relacionarse con los demás.

3.- Psicoterapia de apoyo.

4.- Psicoterapia grupal dinámica: La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje–reaprendizaje, el que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

5.- Terapia familiar: Se enfoca con un criterio sistémico el funcionamiento de la familia y se trata de analizar la “disfunción familiar” que origina el paciente alcohólico dentro de su entorno.

6.- Grupos de apoyo o de autoayuda: (17)

El autor consideró que, con base en las argumentaciones, había razones para suponer que los grupos de alcohólicos anónimos son un excelente recurso para la superación del problema de alcoholismo, y por lo tanto para el mejoramiento de la percepción de la funcionalidad familiar por los integrantes de las familias de los pacientes alcohólicos y de los propios enfermos. Sin

embargo había que disipar la duda de qué tan real es ésta mejoría, dado que en muchas ocasiones el paciente alcohólico constituye la razón de ser de la unidad de estas familias.

Evaluar el funcionamiento de las familias ha constituido todo un reto para las disciplinas que se ocupan de su estudio, especialmente por la dificultad de dejar de lado la subjetividad inherente con la que se evalúan los propios miembros. Sin embargo existe un instrumento ampliamente utilizado y de fácil aplicación, que nos permite identificar la percepción que de su propia funcionalidad tienen ellas mismas. Nos referimos al APGAR familiar, un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y que es útil para la identificación de familias en riesgo. El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar las funciones de la familia. Es un instrumento que se diligencia por sí mismo, es entendido fácilmente por personas con educación limitada, y en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas de distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Su uso es válido y confiable en adultos y niños mayores de 11 años. Sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción que tienen con el cumplimiento de los siguientes parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación

3. Ganancia o crecimiento

4. Afecto

5. Recursos (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El alcoholismo representa en la actualidad un problema de salud pública creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. El paciente con alcoholismo está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana para lograr su recuperación, y el impacto de esta enfermedad en la familia varía mucho dependiendo de los recursos con los que se cuente; es innegable que la cooperación familiar es imprescindible. El personal médico cuenta - entre otras opciones de tratamiento - con el apoyo que brindan los grupos de Alcohólicos Anónimos, cuyos miembros se llaman a sí mismos "alcohólicos en recuperación". Sin embargo hay quien cuestiona el beneficio que el asistir a estos grupos puede ofrecer a las familias de los pacientes alcohólicos; por lo tanto el autor se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe diferencia en la función familiar de alcohólicos en recuperación con la de activos?

JUSTIFICACIÓN:

El conocer alternativas de tratamiento al problema del alcoholismo que no sólo beneficien al propio enfermo, sino que propicien una mejor funcionalidad familiar, permitirá a los médicos familiares ser un apoyo eficaz en la lucha

contra esta enfermedad, con ello logrará el bienestar biológico, psicológico y social que constituyen la salud familiar.

OBJETIVO: Comparar la función familiar de alcohólicos en recuperación con la de activos.

HIPÓTESIS: La función familiar de alcohólicos en recuperación es mejor que la de activos.

HIPÓTESIS NULA: No hay diferencia entre la función familiar de alcohólicos en recuperación y la de activos.

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio: descriptivo, comparativo, retrospectivo y observacional.

El estudio se realizó en la población de Taretan, Mich, recopilando los datos del 5 de marzo al 31 de agosto del 2007.

Para realizarlo, de primera intención se intentó estudiar a todo el universo de estudio, constituido por las familias de la totalidad de pacientes alcohólicos que se encontraban asistiendo a los cuatro grupos de "AA" existentes en la población; es decir, un total de sesenta y ocho, por considerar que se habían sometido a un proceso de recuperación. Sin embargo, una vez que se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación; más adelante expuestos, las familias a estudiar se redujeron a una muestra de sólo cincuenta familias con un integrante alcohólico, ya fuera el padre o la madre de familia. Con el fin de realizar el estudio comparativo con un grupo de control, se buscaron a cincuenta familias con un integrante alcohólico activo, ya fuera el padre o la madre de familia. Para encontrarlos se solicitó el apoyo de las

diferentes dependencias de AA de la comunidad de Taretan, Mich. Así el total de familias estudiadas fueron cien.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Familias en las que ambos cónyuges permanecían unidos, con un integrante alcohólico en recuperación o activo, ya fuera padre o madre de familia.
- Que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Alcohólicos en recuperación que no tenían por lo menos 1 año de abstinencia.
- Familias que no contaban con el padre o la madre de familia (familias monoparentales).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Familias en las que algún miembro de la familia no hubiera contestado completo el cuestionario.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Alcoholismo en recuperación o activo

VARIABLE DEPENDIENTE: Función familiar

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

- Alcohólicos en recuperación: Se consideraron así a aquellos pacientes que asistían a las reuniones de “AA” y que en el momento del estudio tenían por lo menos un año de abstinencia del alcohol.

- Alcohólicos activos: Alcohólicos que se aceptaron a sí mismos como tales, y que no se encontraban bajo ningún tratamiento específico para su problema de alcoholismo.

- Función familiar: Se consideró como tal al grado de cumplimiento percibido por los miembros en el grupo familiar con respecto a los aspectos de adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.

Se interrogaron también las siguientes variables sociodemográficas:

- Sexo.- Género al que pertenece el paciente alcohólico.
- Ocupación.- Labor que desempeña cada uno de los cónyuges.
- Escolaridad.- Grado de estudios alcanzado por cada uno de los cónyuges.
- Tiempo de alcoholismo.- Cantidad de tiempo consumiendo alcohol por el paciente identificado.
- Tiempo de abstinencia.- Cantidad de tiempo sin consumir alcohol por el paciente identificado.
- Edad.- Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad para cada uno de los cónyuges.

El autor acudió a tres reuniones de los grupos de “AA” y les solicitó el llenado de un cuestionario que incluía tanto las variables sociodemográficas como el APGAR familiar, se les pidieron sus domicilios y el autor acudió a ellos posteriormente para aplicar el mismo cuestionario al resto de los integrantes de cada familia. Con respecto a los alcohólicos activos, fueron captados tanto en la consulta de la UMF 26, como por referencia de los propios alcohólicos en recuperación. También se les realizó una visita domiciliaria por el autor para que tanto ellos como sus familiares contestaran el cuestionario. Cabe señalar que de los niños sólo se aplicó a los mayores de 12 años.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

1.- Se utilizó la Chi cuadrada para evaluar la existencia o no de diferencia en la funcionalidad de las familias de ambos grupos de alcohólicos con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 15.

ASPECTOS ÉTICOS:

El protocolo se presentó en el comité local de investigación y de ética del HGZ 8 de Uruapan para recomendaciones específicas, se respetaron tanto la declaración de Helsinki como la Ley General de Salud que se incluyen en anexos.

RECURSOS:

Por los investigadores

RESULTADOS:

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR PARTE DEL PADRE:

Tabla 1

		Funcionalidad percibida por el padre			Total
		0-3 disfunción grave	4-6 disfunción leve	7-10 normofuncional	
ALCOHOLISMO					
ACTIVO	Resultado	24	16	10	50
	Percepción de la funcionalidad familiar por el padre	48.0%	32.0%	20.0%	100.0%
EN RECUPERACION	Resultado	1	2	47	50
	Percepción de la funcionalidad familiar por el padre	2.0%	4.0%	94.0%	100.0%
Total	Resultado de ambos grupos	25	18	57	100
	Percepción de la funcionalidad familiar por el padre	25.0%	18.0%	57.0%	100.0%

Tabla 2

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56.066(a)	2	.000
Razón de verosimilitudes	64.732	2	.000
Asociación lineal por lineal	49.666	1	.000
N de casos válidos	100		

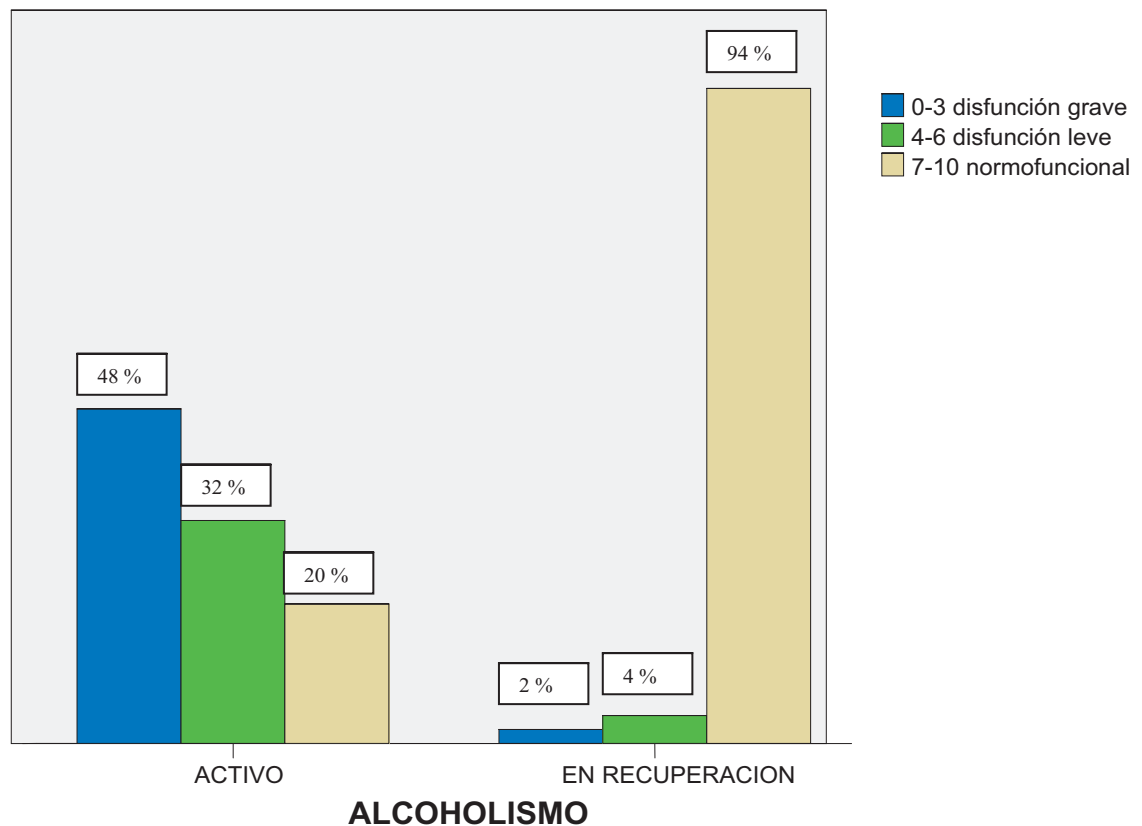
a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 9.00.

Como se observa en la tabla 1, la percepción de la funcionalidad por parte del padre en las familias con alcoholismo activo fue de disfunción grave en un

48%, de disfuncion leve en el 32% y normofuncional en el 20%; en comparación con las familias con alcoholismo en recuperación, en las que percibió disfunción severa sólo el 2%, disfunción leve el 4%, y el 94% la consideró normofuncional.

Lo anterior una vez aplicada la Chi cuadrada resultó con una diferencia estadísticamente significativa (p de 0.000) según se aprecia en la tabla 2, y se hace más evidente en la gráfica 1.

Gráfica 1. Percepción de la Funcionalidad Familiar por parte del Padre



PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR PARTE DE LA MADRE:

Tabla 3

		Funcionalidad percibida por la madre			Total
		0-3 disfunción grave	4-6 disfunción leve	7-10 normofuncional	
ALCOHOLISMO					
ACTIVO	Resultado	25	15	10	50
	Percepción de la funcionalidad familiar por la madre	50.0%	30.0%	20.0%	100.0%
EN RECUPERACION	Resultado	0	2	48	50
	Percepción de la funcionalidad familiar por la madre	.0%	4.0%	96.0%	100.0%
Total	Resultado de ambos grupos	25	17	58	100
	Percepción de la funcionalidad familiar por la madre	25.0%	17.0%	58.0%	100.0%

Tabla 4

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59.838(a)	2	.000
Razón de verosimilitudes	72.990	2	.000
Asociación lineal por lineal	54.491	1	.000
N de casos válidos	100		

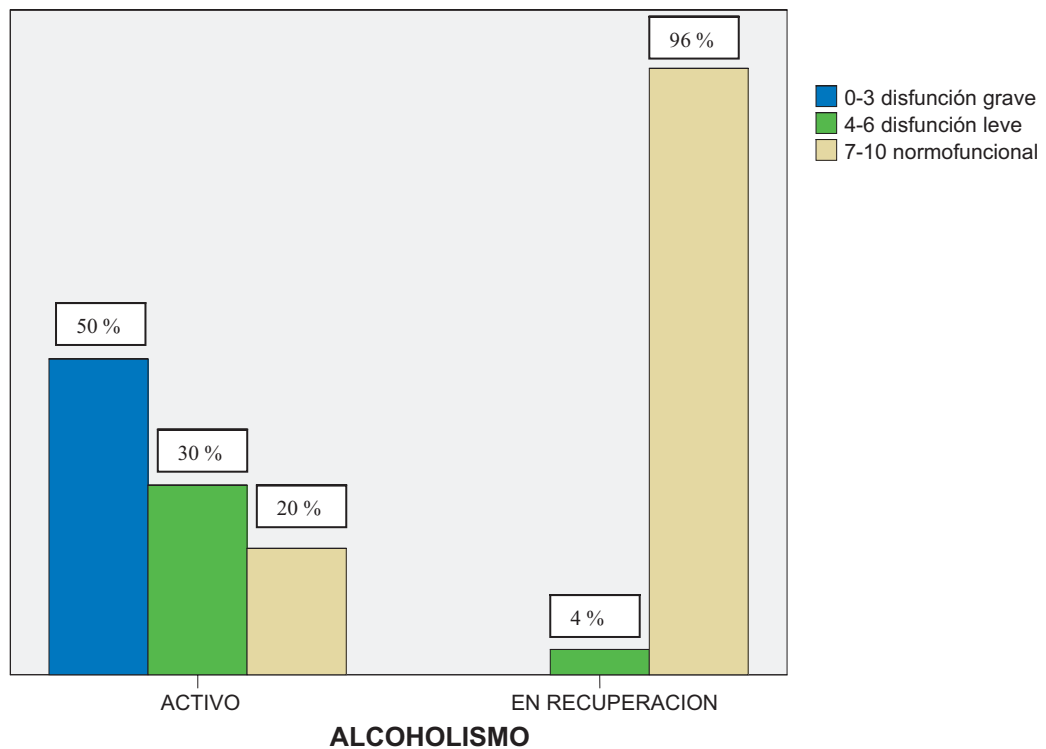
a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 8.50.

Como se observa en la tabla 3, la percepción de la funcionalidad por parte de la madre en las familias con alcoholismo activo fue de disfunción grave en un 50%, de disfunción leve en el 30% y normofuncional en el 20%; en comparación con las familias con alcoholismo en recuperación, en las que la

madre no percibió disfunción severa, percibió disfunción leve el 4%, y el 96 % la consideró normofuncional.

Lo anterior una vez aplicada la Chi cuadrada resultó con una diferencia estadísticamente significativa (p de 0.000) según se aprecia en la tabla 4, y se hace más evidente en la gráfica 2.

Gráfica 2. Percepción de la Funcionalidad Familiar por parte de la Madre



**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
POR PARTE DEL HIJO MAYOR:**

Tabla 5

		Funcionalidad percibida por el hijo mayor			Total
		0-3 disfunción grave	4-6 disfunción leve	7-10 normofuncional	
ALCOHOLISMO					
ACTIVO	Resultado percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 1	8 20.5%	21 53.8%	10 25.6%	39 100.0%
EN RECUPERACION	Resultado Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 1	1 2.3%	1 2.3%	41 95.3%	43 100.0%
Total	Resultado de ambos grupos	9	22	51	82
	Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 1	11.0%	26.8%	62.2%	100.0%

Tabla 6

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42.375(a)	2	.000
Razón de verosimilitudes	48.584	2	.000
Asociación lineal por lineal	33.251	1	.000
N de casos válidos	82		

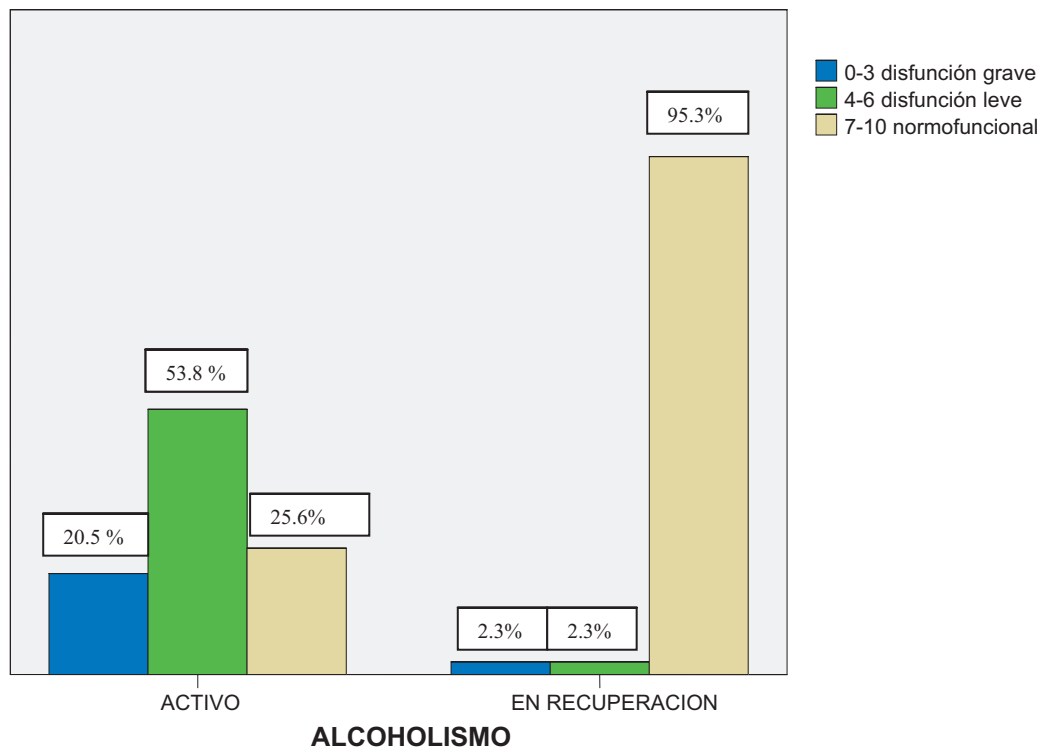
a 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.28.

Como se observa en la tabla 5, la percepción de la funcionalidad por parte del hijo mayor en las familias con alcoholismo activo fue de disfunción grave en un 20.5%, de disfunción leve en el 53.8% y normofuncional en el 25.6%; en comparación con las familias con alcoholismo en recuperación, en las que percibió disfunción severa el 2.3%, disfunción leve el 2.3%, y el 95.3% la consideró normofuncional.

Cabe señalar que de las 100 familias estudiadas 82 parejas tuvieron un hijo que respondió el instrumento; 52 tuvieron 2 hijos y solo 10 parejas tuvieron un tercer hijo; el resto de los hijos que formaban parte de estas familias no se incluyó por no tener edad suficiente para contestar las preguntas o por no vivir bajo el mismo techo. Dos parejas no tenían hijos.

Lo anterior una vez aplicada la Chi cuadrada resultó con una diferencia estadísticamente significativa (p de 0.000) según se aprecia en la tabla 6, y se hace más evidente en la siguiente gráfica 3.

Gráfica 3. Percepción de la Funcionalidad Familiar por parte del Hijo Mayor



**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
POR PARTE DEL SEGUNDO HIJO:**

Tabla 7

		Funcionalidad hijo percibida por el 2º hijo			Total
		0-3 disfunción grave	4-6 disfunción leve	7-10 normofuncional	
ALCOHOLISMO					
ACTIVO	Resultado	6	9	6	21
	Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 2	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%
EN RECUPERACION	Resultado	0	1	30	31
	Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 2	.0%	3.2%	96.8%	100.0%
Total	Resultado de ambos grupos	6	10	36	52
	Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 2	11.5%	19.2%	69.2%	100.0%

Tabla 8

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27.494(a)	2	.000
Razón de verosimilitudes	31.210	2	.000
Asociación lineal por lineal	24.216	1	.000
N de casos válidos	52		

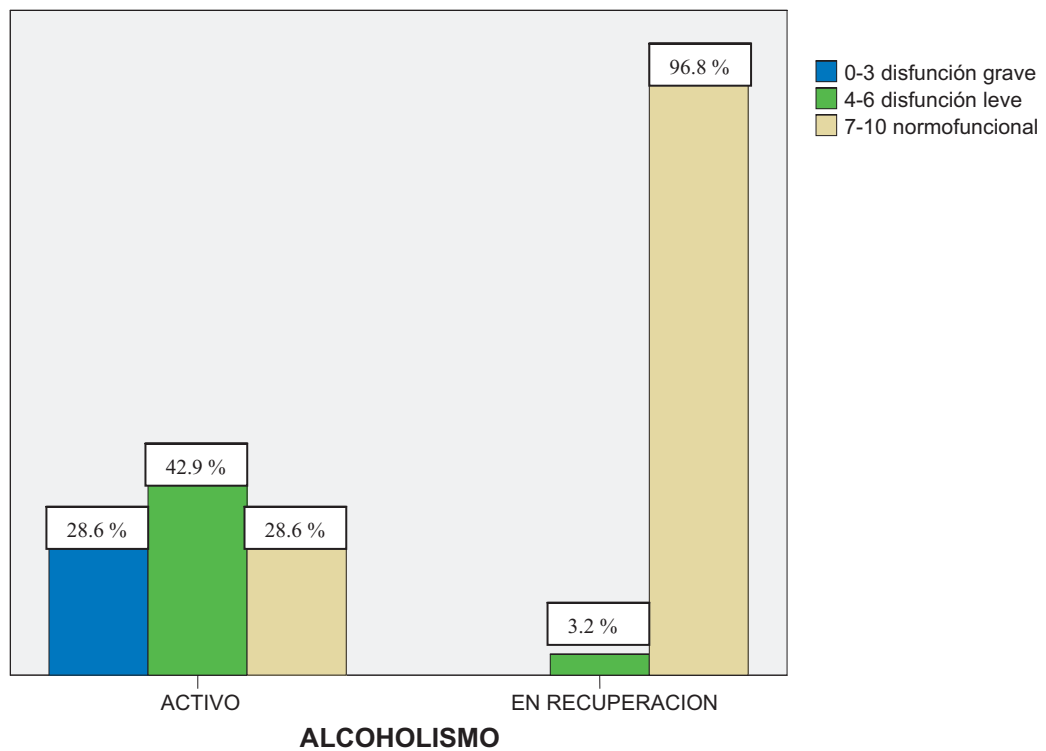
a 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.42.

Como se observa en la tabla 7, la percepción de la funcionalidad por parte del segundo hijo en las familias con alcoholismo activo fue de disfunción grave en un 28.6%, de disfunción leve en el 42.9% y normofuncional en el 28.6%; en comparación con las familias con alcoholismo en recuperación, en las que no

se percibió disfunción severa, se percibió disfunción leve en el 3.2%, y el 96.8% la consideró normofuncional.

Lo anterior una vez aplicada la Chi cuadrada resultó con una diferencia estadísticamente significativa (p de 0.000) según se aprecia en la tabla 8, y se hace más evidente en la gráfica 4.

Gráfica 4. Percepción de la Funcionalidad Familiar por parte del Segundo Hijo



**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
POR PARTE DEL TERCER HIJO:**

Tabla 9

ALCOHOLISMO		Funcionalidad percibida por el 3º hijo			Total
		0-3 disfunción grave	4-6 disfunción leve	7-10 normofuncional	
ACTIVO	Resultado	1	1	1	3
	Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 3	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
EN RECUPERACION	Resultado	0	1	6	7
	Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 3	.0%	14.3%	85.7%	100.0%
Total	Resultado de ambos grupos	1	2	7	10
	Percepción de la funcionalidad familiar por el hijo 3	10.0%	20.0%	70.0%	100.0%

Tabla 10

Pruebas de chi-cuadrado

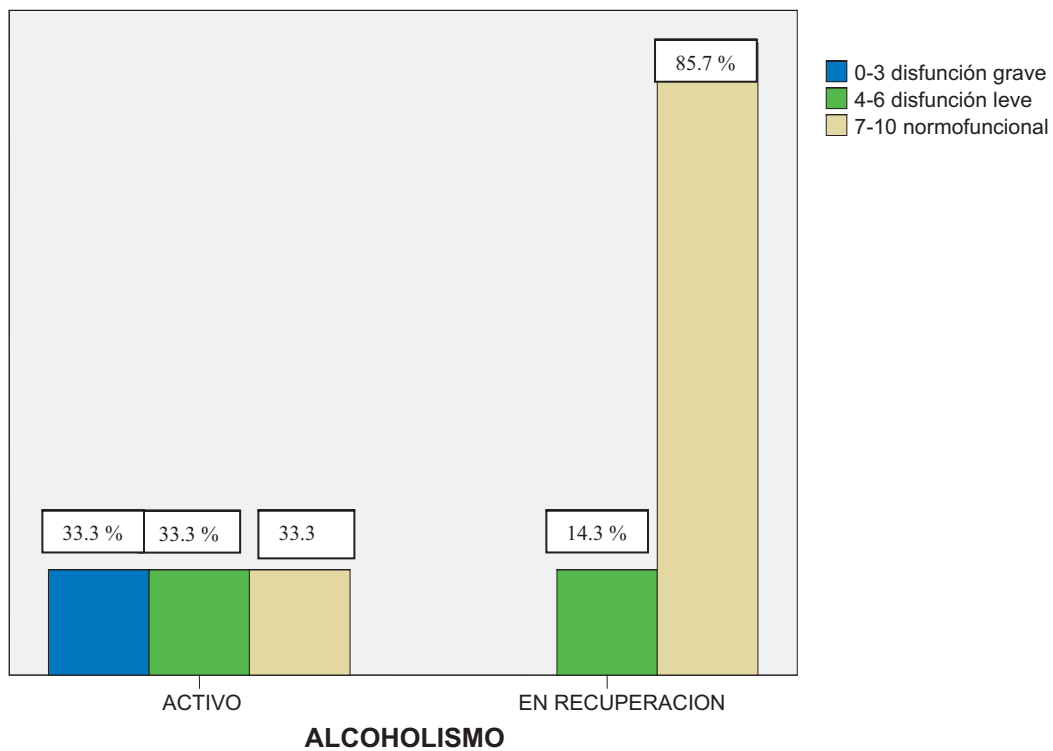
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.537(a)	2	.171
Razón de verosimilitudes	3.703	2	.157
Asociación lineal por lineal	3.156	1	.076
N de casos válidos	10		

a. 6 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .30.

Como se observa en la tabla 9, la percepción de la funcionalidad por parte del tercer hijo en las familias con alcoholismo activo fue de disfunción grave en un 33.3%, de disfunción leve en el 33.3% y normofuncional en el 33.3%; en comparación con las familias con alcoholismo en recuperación, en las que no se percibió disfunción severa, se percibió disfunción leve en el 14.3%, y el 85.7% la consideró normofuncional.

Lo anterior, una vez aplicada la Chi cuadrada, resultó sin una diferencia estadísticamente significativa (p de 0.171); es decir, no hay una real diferencia en la percepción de la disfunción familiar entre ambos grupos de familias, - las de alcohólicos activos o en recuperación, - cuando a quien se interroga es el tercer hijo, según se aprecia en la tabla 10, y se hace evidente en la gráfica 5.

Gráfica 5. Percepción de la Funcionalidad Familiar por parte del Tercer Hijo



Lo anterior puede deberse a que el hijo es más pequeño, y a que además de la protección de los padres tiene la de los dos hijos mayores. También a que no alcanza a darse cuenta de que algo en su familia no está funcionando como debería ser. No se encontraron familias con más de tres hijos convivientes con los padres, dado que eran familias en fase de dispersión e independencia.

Con respecto a las variables sociodemográficas, se encontró una gran mayoría de varones con alcoholismo; sólo un 2% de los alcohólicos entrevistados eran mujeres.

Las ocupaciones más frecuentes en los varones fueron campesino y obrero con un 42% cada una.

La ocupación más frecuente de las madres fue la de ama de casa, con el 85%.

La escolaridad del padre más común fue de primaria con un 41%, y de secundaria en el 40%. La escolaridad de la madre más común fue de primaria en el 54% y secundaria en el 24%.

El tiempo de alcoholismo varió de 6 a 35 años, y el tiempo de abstinencia varió de 2 a 25 años.

La edad del padre fue de 22 a 76 años y la edad de la madre de 20 a 73 años.

DISCUSIÓN:

Las familias que cuentan con uno de ambos cónyuges que sufre la enfermedad del alcoholismo,- pero se encuentra en rehabilitación, tienen una mejor funcionalidad familiar que los que no han aceptado su alcoholismo y no se han acercado a los grupos de "A.A."

Ante la dificultad y complejidad del tratamiento del alcoholismo, considerada como una enfermedad multifactorial con una repercusión social y familiar importante cuya incidencia va en aumento, es importante que los médicos familiares busquemos apoyo para su tratamiento tanto en la familia como en la misma sociedad.

Aun cuando existe controversia en cuanto al beneficio real de pertenecer a un grupo de "AA" para mejorar la funcionalidad familiar, debido a que se ha planteado que los problemas de personalidad del paciente alcohólico no desaparecen, cambia su papel de chivo expiatorio con pérdida de la homeostasis familiar, y es muy difícil terminar con la codependencia (15), el presente estudio adquiere relevancia debido a que aclara que existe la percepción de que la funcionalidad familiar es mejor cuando el paciente alcohólico se somete a este tipo de rehabilitación.

Se corrobora entonces que los grupos de "Alcohólicos Anónimos" constituyen una excelente herramienta de apoyo para el personal de salud, que se debería recomendar y utilizar con mayor frecuencia de como se ha hecho hasta ahora, con el fin de brindar una mejor perspectiva en el tratamiento de estos pacientes.

Sin embargo es importante señalar como limitantes del estudio el que solo se realizo una medición, a posteriori, de la funcionalidad familiar, cuando ya el alcohólico tuvo al menos un año de abstinencia y no hubo una medición previa. También el que es un estudio de percepción subjetiva del funcionamiento familiar.

Este estudio marca la pauta para el desarrollo de posteriores investigaciones que confirmen el papel de los grupos de apoyo, tanto en la rehabilitación de los enfermos alcohólicos como en el mejoramiento de la funcionalidad familiar; que tan dramáticamente se ve afectada en la mayor parte de los casos, debido a las conductas inapropiadas de los alcohólicos que afectan en especial los aspectos de adaptación, participación, toma de decisiones, interacción entre los miembros de la familia y demostración del afecto; como se encontró al analizar los resultados. Cabe señalar que en la búsqueda de la información no se encontró otro estudio que se enfocara específicamente a la comparación de la funcionalidad familiar entre alcohólicos en recuperación en los grupos de "A.A." y activos.

Valdría la pena continuar con esta línea de investigación utilizando otros instrumentos de medición y otra metodología para confirmar los resultados.

Existe una desproporción muy importante en el número de alcohólicos de ambos sexos, por lo menos de los que admiten serlo. De cien alcohólicos estudiados sólo dos eran mujeres.

Las ocupaciones mas frecuentes fueron campesino y obrero debido a que en el poblado se encuentra un ingenio azucarero.

La ocupación de ama de casa en las mujeres es la más común como corresponde a las familias tradicionales de una población rural.

Tanto la escolaridad como el tiempo de alcoholismo y abstinencia podrían ser variables confusoras que pueden estar incidiendo en la percepción de la funcionalidad familiar. Para evaluar su peso específico como factores de riesgo se requeriría de otro tipo de estudio y de análisis estadístico.

El rango de edades de los cónyuges fue muy amplio, de aproximadamente cincuenta años, tanto en el padre como en la madre.

CONCLUSIONES:

- 1.- En las familias de los pacientes alcohólicos en recuperación la funcionalidad familiar es mejor que en las familias de los alcohólicos activos.
- 2.- Es necesario difundir y apoyar la labor de los grupos de "AA" para los pacientes alcohólicos y sus familias con el objeto de mejorar la funcionalidad familiar, entre otros beneficios.
- 3.- Se requieren mas estudios de investigación en esta línea para identificar con mayor claridad los factores de riesgo que en forma concomitante al alcoholismo inciden en la disfunción familiar, así como para identificar si la mejoría en la percepción de la funcionalidad subjetiva se correlaciona con una mejoría objetiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- La Santa Biblia. Antigua versión de Casiodoro de Reina (1569) revisada por Cipriano de Valera (1602). Sociedades Bíblicas Unidas: Editorial Concordancia; 1960. Génesis 9: 18-27.
- 2.- Méndez DN. El alcoholismo como problema médico en México a finales del siglo XIX. A tu Salud. Revista de Medicina Preventiva 2005; 14: 78-82.
- 3.- Guerrero CB, Drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. Seguridad Social México 2006; 1 (1): 25-35.
- 4.- Bravo MM. Alcoholismo: factor determinante de disfunción familiar que requiere apoyo tanatológico. Tanatología en el entorno médico tomo II. Editorial Mc Graw Hill 1999 : p 128-135.
- 5.- Cutipa ZO. Dinámica familiar y condición socioeconómica como factores de riesgo para el abuso de alcohol en adolescentes de educación secundaria. UNAS 1996 ; 42 (2): 58-63
- 6.- Ribeirao P. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes, Rev LatinEnf 2005; 13 : 58-66.
- 7.- Ortega AA, Fernández VA. Funcionamiento familiar, su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Revista Cubana Médica Integral 2003; 19 :4-6.

8. - Enoch M M, Goldman MD. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. American Family Physician 2002 ; 65 (3):441-48.

9. - Burge SK, Schneider MD. Alcohol-related problems: recognition and intervention. American Family Physician 1999 ; 43: 5-14.

10.- Martínez HL, López CM, Armengol AD. Intervención del medico familiar en el alcoholismo, revisión de estrategias operativas Rev Med IMSS 2006; 44(2):181-188.

11.- Martínez HM. Alcoholismo, un reto para el médico. Rev Fac Med UNAM 1997; 40(4): 65-71.

12.-Narro RJ, Gutiérrez AH. La mortalidad por cirrosis hepática en México, características epidemiológicas relevantes, Salud Pública de México 2002; 34 (4): 12-19.

13.- Natera RG, Medina MI. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol. Salud Pública de México 2001; (43):17-26.

14.- Vargas PD. Situación internacional de alcoholismo; alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. México 1998. Ed. Mc Graw Hill. p: 565-569

15.- De la Concha ZG. El alcoholismo en la familia; tipos de alcoholismo. Cómo ayudar a familiares y amigos. Al-Anon. México 1995. p: 12-24.

16.- De la Concha ZG. Los Doce pasos, doce tradiciones y doce conceptos de servicio de Al-Anon. México 1998. p: 22-28.

17.- Cervantes GE. Tratamiento del alcoholismo. En: Farmacología Médica. 3º Edición. Ed. El Manual Moderno. p: 604-616.

18.- Solórzano M L, Brandt T C, Flores O. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas, Venezuela: Ed. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar 2001. p: 56-58.

APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
Discute con su pareja los problemas que tiene en el hogar:			
Las dediciones importantes las toman en conjunto:			
Esta satisfecho con el tiempo que permanecen juntos:			
Siente que su familia lo quiere:			

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2.

0: "Casi nunca"

1: "a veces"

2: "Casi siempre".

Puntuación	Calificación de la funcionalidad familiar
Igual o superior a 7	Normofuncional
Entre 4 y 6	Disfunción leve
Igual o inferior a 3	Disfunción grave

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE INVESTIGACION

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
"COMPARACION DE LA FUNCIÓN FAMILIAR DE ALCOHOLICOS EN RECUPERACION
CON LA DE ACTIVOS"

Registrado ante el Comité Local de Investigación Medica con el numero _____
El objetivo de este estudio es: _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes _____

El investigador principal se ha comprometido ha darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como ha responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron acabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención medica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del
paciente

Nombre, matricula y firma del
investigador

Testigo

Testigo

CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL PRESENTE ESTUDIO DE ACUERDO A LA DECLARACION DE HELSINKI

2. Es el deber del medico promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del medico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. En investigación medica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos así como comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

8. La investigación medica esta sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y medicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el conocimiento por si mismos, a los que pueden otorgar el conocimiento bajo presión a los que no se beneficiaran personalmente con la investigación y aquellos sometidos a investigación combinada con su atención medica.

10. En la investigación medica es deber del medico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso u debe indicar expresamente que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe estar precedido por una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios predecibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

19. La investigación médica solo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población de que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Las personas objeto del proyecto de investigación deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para respetar la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiación, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos predecibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la investigación, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, solo en la medida en que la investigación esté justificada por su potencial valor preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica se aplican normas adicionales para proteger a los pacientes que son sujetos pasivos de la investigación.

31. El médico debe informar con detalle al paciente de los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO PRIMERO

Disposiciones Generales

CAPITULO UNICO

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las Entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;
- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- II bis. La Protección Social en Salud.
- III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II;
- IV. La atención materno-infantil;
- IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;
- V. La salud visual.
- VI. La salud auditiva.
- VII. La planificación familiar;
- VIII. La salud mental;
- IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
- XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;

- XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;
- XIII. La educación para la salud;
- XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;
- XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico;
- XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
- XVIII. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
- XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;
- XX. La asistencia social;
- XXI. El programa contra el alcoholismo;
- XXII. El programa contra el tabaquismo;
- XXIII. El programa contra la farmacodependencia;
- XXIV. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;
- XXV. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;
- XXVI. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII;
- XXVII. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;
- XXVIII. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;
- XXIX. La sanidad internacional, y
- XXX. Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional.

Artículo 4o.- Son autoridades sanitarias:

- I. El Presidente de la República;
- II. El Consejo de Salubridad General;
- III. La Secretaría de Salud, y
- IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del distrito federal.