

53
20j

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA



**ANALISIS Y EVALUACION DE LOS ROLES EN LA
FAMILIA ALCOHOLICA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ELSA GUADALUPE LOPEZ MORALES
LAURA TORRES MARTINEZ

ASESOR

MTRA. PBIC. AMPARO CABALLERO BORJA



LOS REYES IZTACALA.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

**MUCHAS VECES , DURANTE EL DIA, COMPRENDO
QUE MI VIDA EXTERNA E INTERNA ESTA ESTRUCTURADA
Y DEPENDIENTE DEL TRABAJO DE MIS CONGENERES,
ALGUNOS YA MUERTOS Y OTROS AUN VIVIENDO Y CUAN
ARDIENTE DEBO ESFORZARME EN SERVIR Y DAR,
EN PAGO DE LO MUCHO QUE HE RECIBIDO.**

Albert Einstein.

AGRADECEMOS LA PARTICIPACION DE TODAS LAS FAMILIAS QUE DE UNA U OTRA MANERA PROPORCIONARON INFORMACION ACERCA DE SUS CASOS Y QUE SIN SU VALIOSO TESTIMONIO NO HUBIERA SIDO POSIBLE CONCLUIR ESTE TRABAJO.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LOS PROFESORES QUE ASESORARON ESTE TRABAJO CON APORTACIONES Y ATINADOS COMENTARIOS.

GRACIAS A:

**MTRA EN PSIC.
AMPARO CABALLERO BORJA**

**LIC. EN PSIC.
MA. ANTONIETA DORANTES GOMEZ**

**LIC. EN PSIC.
JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES**

Elza Guadalupe López Morales - Laura Torres Martínez

**A MI PADRE, COMO UN SENCILLO HOMENAJE
A SUS ENSEÑANZAS, QUE DE ALGUNA MANERA
SE PLASMAN EN LA CULMINACION DE ESTE ESFUERZO,
A TRAVES DE LA ENTEREZA, VALOR Y FIRMEZA
QUE SIEMPRE ME INCULCO.**

**A MI MADRE, COMO HUMILDE MUESTRA
DEL AMOR, RESPETO Y ADMIRACION QUE ME INSPIRA,
POR SU GRAN CAPACIDAD DE ENTREGA,
AMOR Y COMPRESION, LO QUE HA SIDO FUNDAMENTAL
EN MI FORMACION DIARIA.**

Laura Torres Martínez.

**A MIS HERMANOS TODOS, COMO SIGNO DE AGRADECIMIENTO
POR LOS MOMENTOS DE INFANCIA FELICES,
AYERES QUE NO VOLVERAN,
PERO QUE A PESAR DEL TIEMPO Y LAS DISTANCIAS,
NOS MANTENDRAN UNIDOS BAJO UNA COMPLICIDAD EXQUISITA,
EN LA QUE NADIE PODRA PENETRAR JAMAS.**

**A TI, QUE LLEGASTE A MI VIDA TRANSFORMANDO MI EXISTENCIA,
LLENASTE VACIOS, OCUPASTE LUGARES,
Y POCO A POCO TE VOLVISTE NECESARIO,
SI, A TI JUAN LUIS, PORQUE NUESTRA RELACION,
SE HA CONVERTIDO EN EL PILAR DE MI LUCHA DIARIA
POR SER MEJOR.**

**A MI GRAN AMIGA ELSA,
PIEDRA FUNDAMENTAL EN ESTE TRABAJO,
PUES GRACIAS A SU APOYO, DEDICACION Y CONFIANZA
SE HIZO POSIBLE LA TERMINACION A ESTE PROYECTO.**

Laura Torres Martínez.

**DEDICO ESTE TRABAJO A MIS FAMILIARES Y AMIGOS, QUE HAN
CONTRIBUIDO EN MI FORMACION PROFESIONAL. A QUIENES ME HARIA
FALTA ESPACIO PARA TERMINAR DE AGRADECERLES SU EXISTENCIA.
GRACIAS A DIOS.**

**A CARLOS MAURICIO, PORQUE ASI TAN
PEQUEÑO COMO LLEGASTE, NOS HICISTE
TAN FUERTES EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES.**

**A MIS PADRES, POR SU PACIENCIA
Y APOYO INCONDICIONAL. POR LA
CONFIANZA QUE ME HAN
BRINDADO Y POR CONSIDERARME
COMO UNA MUJER PROFESIONAL
Y CAPAZ.**

Elsa Guadalupe López Morales.

**ARTURO: GRACIAS POR TU AYUDA Y SEGURIDAD,
POR TU VALEROSA LUCHA.**

**A SILVIA, MAGDA Y GUADALUPE
POR SU SOLIDARIDAD DE
HERMANAS Y SU DESARROLLO
COMO MADRES. PARA ERIKA,
DANIEL, JORGE Y BEBA.**

**A MI ABUELO IGNACIO, PORQUE AUNQUE NO NOS
DESPEDIMOS ME DEJASTE LA HUMILDAD
COMO TU MEJOR HERENCIA.**

**A MI PADRINO, PORQUE DONDE ESTES RECORDARAS
QUE ME ENSEÑASTE LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO A PULSO Y
PORQUE SE, ESTARIAS MUY ORGULLOSO DE MI.**

**A MA. ELENA NUÑEZ Y COLUNGA
Y HECTOR CAMPOS HUICHAN, POR LA
EXPERIENCIA, LA ETICA, LA FORTALEZA.
PORQUE POSEEN LA COAUTORIA DE MIS EXITOS.**

**A GERARDO SALAS ZITTE
POR TU PRESENCIA Y EL INTENTO DE FELICIDAD.**

A LAURA POR SUPUESTO.

Elsa Guadalupe López Morales.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO 1. ALCOHOLISMO

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS	
1.1.1. ANTECEDENTES GENERALES.....	9
1.1.2. ANTECEDENTES EN MEXICO.....	11
1.2. DEFINICION DE ALCOHOLISMO.....	13
1.3. FASES DEL ALCOHOLISMO SEGUN JELLINEK.....	16
1.4. PRINCIPALES CONFLICTOS PSICOSOCIALES OCASIONADOS POR EL ALCOHOLISMO.....	24

CAPITULO 2. ENFOQUE SISTEMICO Y SISTEMAS FAMILIARES ALCOHOLICOS

2.1. TEORIA GENERAL DE SISTEMAS.....	29
2.2. MODELO SISTEMICO FAMILIAR.....	32

2.3. DINAMICA FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA.....	34
2.4. CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	36
2.5. MODELO SISTEMICO DE LA FAMILIA ALCOHOLICA.....	43
2.6. ROLES EN LA FAMILIA ALCOHOLICA.....	46
2.6.1. EFECTOS COLATERALES DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA.....	48

CAPITULO 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL ALCOHOLISMO Y LA FAMILIA

3.1. EVALUACION DEL ALCOHOLISMO DESDE ALGUNAS APROXIMACIONES TEORICAS.....	54
3.1.1. INSTRUMENTOS DIAGNOSTICOS EMPLEADOS POR ALGUNOS MODELOS TEORICOS EN EL CAMPO DEL ALCOHOLISMO.....	58
3.1.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL ALCOHOLISMO CREADOS POR LA PSICOLOGIA.....	61

3.2. EVALUACION DEL ALCOHOLISMO DESDE EL ENFOQUE SISTEMICO EN PSICOLOGIA.....	64
3.2.1. ANALISIS DE ALGUNOS INSTRUMENTOS USADOS EN TERAPIA FAMILIAR PARA EL ALCOHOLISMO.....	65
METODO.....	71
PROCEDIMIENTO.....	73
RESULTADOS.....	76
DISCUSION.....	106
ANEXOS	
ANEXO 1	114
ANEXO 2.....	134
ANEXO 3.....	136
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	145

INTRODUCCION

En los últimos años, los problemas de salud en México relacionados con la farmacodependencia han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas como la medicina, la psicología, la sociología, y la antropología, entre otras.

A pesar de que México se cuenta entre los países en desarrollo no ha sido ajeno al impacto de estos problemas sobre la población en general.

Asimismo, la respuesta de las instituciones de salud ha facilitado la investigación y la puesta en marcha de programas de prevención y atención, es evidente que el grado de avance de las adicciones y sus consecuencias rebasan la capacidad institucional existente.

En nuestro país y en la mayoría de los países del mundo, el alcohol es la droga de más consumo, considerándose el principal problema de farmacodependencia (Secretaría de Salud, 1992).

Actualmente, los estudios de mayor difusión en torno al problema del consumo excesivo de alcohol son muy variados y la gran cantidad de ellos proviene de la medicina, no obstante, al tratarse de un fenómeno multideterminado y que afecta a los diferentes sectores sociales en todos los niveles, es necesario abordarlo desde distintas perspectivas científicas.

Por esta razón, la psicología en México, a través de su desarrollo como ciencia ha aportado nuevos conceptos, mismos que han enriquecido la labor profesional y el avance respecto al tratamiento del alcoholismo.

Como parte de este marco científico, la psicología ha ampliado su visión al conceptualizar al alcoholismo desde diferentes enfoques teóricos que lo conciben como un conjunto de eventos que repercuten en varios aspectos de la vida de quien lo padece, de tal forma que puede hablarse de diversas alteraciones tanto individuales como sociales.

Para fines del presente estudio se consideraron estos aspectos a la luz de los principios generales del enfoque sistémico, al que se le ha dado esta denominación porque abarca los elementos biopsicosociales de los eventos psicológicos que estudia. La problemática del alcoholismo como uno de tales eventos fué retomada por este enfoque con mayor interés durante las dos últimas décadas.

A través de los estudios e investigaciones realizados sobre el alcoholismo, se ha observado que la familia del alcohólico es la más afectada debido a la enfermedad de su familiar, por lo tanto, puede afirmarse que la familia enferma al mismo tiempo que el alcohólico y desarrolla una serie de disfunciones que recaen en muy diversas formas en cada uno de los integrantes.

De este modo, se hace necesario un estudio profundo acerca del proceso de alcoholización como un evento externo que afecta al sistema familiar, donde éste sea el principal objetivo a atender puesto que la ayuda sistemática a estos casos ha sido insuficiente a nivel clínico.

Al manejar el problema desde el punto de vista sistémico, se pueden hallar soluciones más apropiadas y oportunas tanto para los conflictos familiares como para el bebedor.

El análisis de los subsistemas y los eventos que los alteran en su estructura y funcionamiento ha proporcionado las alternativas de atención a los miembros del grupo en forma integral.

Ahora bien, los instrumentos de evaluación actuales, ofrecen un panorama restringido debido a que los datos brindan información para conocer el estado en que se encuentra el alcohólico respecto a su enfermedad y las consecuencias en la familia, más no a la inversa. Por otra parte, en la psicología como disciplina social existen muy pocos instrumentos adecuados a la sociedad mexicana capaces de extraer información útil para el caso del funcionamiento patológico de familias que enfrentan el problema del alcoholismo. Como se sabe, ni los grupos de autoayuda (A.A., Al-Anon, Alateen, etc.), ni la medicina y el trabajo social, han propuesto mecanismos de evaluación válidos que posibiliten una intervención directa y eficaz en las familias.

La elaboración del presente instrumento ofrece la pauta para que, mediante el conocimiento de las alteraciones que sufre la dinámica familiar a consecuencia del alcoholismo se lleve a cabo la implementación de programas de intervención del profesional de la psicología en esta joven área.

La presente investigación tuvo la finalidad de diseñar un instrumento que evalúe los roles que son asumidos por los miembros de la familia alcohólica.

En la primera parte se describen los fundamentos teóricos que la respaldan así como la relevancia del marco teórico empleado.

En el Capítulo 1 se hace una revisión de los antecedentes históricos del alcoholismo, las diferentes definiciones, el proceso de alcoholización según el Dr. Jellinek y los principales conflictos psicosociales.

En el Capítulo 2 se abordan las características del enfoque sistémico a partir de su historia, sus constructos teóricos, su aplicación en la terapia familiar y las fases del ciclo vital de la familia.

El Capítulo 3 presenta los distintos instrumentos que se han diseñado para el trabajo con familias, los instrumentos que detectan al alcohólico y algunos que provienen del enfoque sistémico para la evaluación de familias y alcoholismo.

En la segunda parte se describe la aplicación del cuestionario que fue elaborado con el fin de conocer el funcionamiento interno de la familia alcohólica. En esta sección se comparan los resultados con los planteamientos teóricos.

CAPITULO 1

ALCOHOLISMO

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

1.1.1. ANTECEDENTES GENERALES

El uso de alcohol es muy antiguo. De acuerdo a las investigaciones, se afirma que se remonta a la edad de piedra, sin embargo, datos fidedignos lo ubican en Anatolia hacia el año 6400 A.C.

Se ha encontrado evidencia posterior de que el proceso de fermentación en comunidades egipcias se llevaba a cabo en el año 2400 A.C.

Velasco (1990) señala que probablemente el producto vegetal más antiguo utilizado en la fermentación fue la miel, así como el aguamiel de algunas plantas con las que se realizaron algunos destilados. Los árabes tiene el crédito de la destilación debido al origen de la palabra al-kohol, misma que designaba un grano fino de antimonio empleado como delineador de ojos y después se usó para nombrar alguna esencia exótica.

Simultáneamente, en distintas culturas se observaron ya las primeras restricciones en cuanto al uso exagerado de este producto vegetal, por ejemplo en el Código de Hammurabi escrito entre 1800 A.C. y 1760 A.C. Asimismo, en

China durante la Dinastía Shang-Yin, se promulgaron varios decretos a fin de limitar el consumo.

Los filósofos griegos manifestaron reflexiones sobre las dificultades que acarrea la ingesta exagerada de alcohol (Gibbons, 1992).

En este mismo plano, el viejo testamento advertía sobre este hecho. Sin embargo, los rabinos empleaban el vino en sus ceremonias rituales santificando el Sabbath y bendiciendo las pascuas.

La llegada de Cristo marca el inicio de la historia. Como se sabe, él transformaba el agua en vino, con lo que le daba un realce lícito a su consumo; por ello, la iglesia rescató a la vid del descuido de las épocas oscuras y elevó la fermentación de la uva a un arte ampliamente reconocido.

Hasta donde se sabe, el alcohol se destiló por primera vez durante la Edad Media, en la escuela de medicina de Salerno, Italia. Al considerarlo como medicamento, el vino se hervía y los vapores, una vez condensados se utilizaban para producir una poderosa droga. Un médico español dió al incipiente brandy el nombre de *agua vitae*, el agua de la vida.

Berruecos (1978) menciona que Lutero y Calvino pidieron moderación en el uso de alcohol, y en 1700, los franciscanos plantaron los viñedos de California.

En esa misma época Alexander Hamilton, en su condición de Secretario del Tesoro decretó impuestos a la bebida, lo cual provocó grandes protestas conocidas como "Whisky Rebellion".

En 1830, 1880 y 1904, se establecen leyes contra el uso inmoderado de alcohol en Estados Unidos. En 1919, se aprobó la Ley de Volstead y en 1933 se promulgó otra ley para contrarrestar los efectos de la prohibición.

1.1.2. ANTECEDENTES EN MEXICO

En México, el consumo se sitúa en las grandes culturas prehispánicas, donde la religión jugó un papel muy importante en la transmisión de las tradiciones y prácticas comunitarias, de tal forma que se veneraba a los dioses lunares y terrestres de la abundancia, los Centzon Totochtín y a la diosa del maguey Mayahuel.

Según el calendario adivinatorio que predestinaba a los individuos de acuerdo al día de su nacimiento, el signo "Orne Tochtli" profetizaba que su poseedor sería afecto a la embriaguez (Op. Cit., 1990).

Al respecto, los estudios de Bustamante y Calderón reportan datos interesantes. Fray Bartolomé de las Casas y otros misioneros hablaban de la ingestión excesiva del pulque, y Sahagún y los Códices Mendocino y Florentino reconocen la trascendencia mítica religiosa de esta bebida en la antigua mesoamérica.

Fernando de Alva Ixtlixochitl, narra la historia del descubrimiento del pulque: "habiendo heredado Tecpancaltzín el señorío de los toltecas...fué a su palacio

una doncella llamada Xóchitl acompañada de su padre a enseñarle la miel de maguey que había descubierto. Prendóse el rey de la doncella...acabó por seducirla, ocultándola en una fortaleza, donde tuvo un hijo a quien le pusieron Meconetzin que quiere decir hijo del maguey, en recuerdo al origen de los amores de sus padres y el cual nació el año ce acátl" (Velasco, Op. Cit.).

Berruecos (Cit. en Velasco, 1988), señala que durante la Colonia y algunos años del México independiente se dió a conocer una serie de bandos, edictos y leyes donde se impuso control más estricto para la fabricación y venta de bebidas alcohólicas.

En el análisis histórico realizado se pudo constatar un vacío documental en cuanto al periodo que abarca desde la Conquista hasta fechas posteriores al movimiento revolucionario, de ahí que la información recabada contemple la situación del alcoholismo en nuestro país a partir de 1925.

En el año de 1925, Emilio Portes Gil, siendo gobernador de Tamaulipas instituyó en su estado una campaña contra el alcoholismo y en mayo de 1929 en su papel de Presidente de la República, fundó el Comité Nacional Contra el Alcoholismo.

Posteriormente, en 1973 el Lic. Luis Echeverría, Presidente en turno de la República Mexicana, decretó la apertura del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) para estudiar los problemas de farmacodependencia en el país.

A partir de esa fecha surgieron diversas instituciones gubernamentales y privadas que se interesaron por el análisis de este problema.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que " los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los más importantes problemas de salud en México y en el mundo " (Secretaría de Salud, 1992).

1.2. DEFINICION DE ALCOHOLISMO

El concepto de alcoholismo como patología ha cambiado a través de los años, debiéndose a la psiquiatría las primeras investigaciones.

El psiquiatra francés Esquirol denominó, en 1838, la tendencia a consumir alcohol como monomanía del alcoholismo, que era una enfermedad mental caracterizada por el deseo irrefrenable de consumir bebidas fermentadas y licores.

Magnan en 1893, pensó que los afectados por esta enfermedad sufrían de dipsomanía dipso= sed o más específicamente oinomanía oinos= vino, es decir, una apetencia patológica e insaciable por las bebidas fermentadas.

En 1901, los psiquiatras alemanes compartían esta definición ya que creían que la enfermedad era una manifestación de la psicopatología subyacente. Por esta misma época, Kurtz y Kraepelin aplicaron el término adicción alcohólica a un trastorno que se observó en personas sin voluntad para dejar el alcohol.

Bleuler en 1924, definió el alcoholismo como un trastorno que se caracteriza por cambios somáticos del comportamiento (Estes y Heineman, 1989).

Una de las definiciones más acertadas fue la que partió del modelo médico con el Dr. Jellinek (1979) quien lo define como una enfermedad incurable, porque el que lo padece ya no puede volver a beber normalmente, progresiva, porque el bebedor no puede controlar su avance e, insidiosa, porque una vez que se establece la adicción orgánica y psíquica aún cuando exista un periodo de abstinencia el enfermo puede reincidir.

A partir de esta definición, el autor desglosa la enfermedad en las fases prealcohólica, prodrómica, crítica y crónica, en donde plantea los cambios que sufre la familia a partir de la enfermedad.

Esta definición así como la tipología que ofreció más tarde ha sido muy utilizada en el área médica y psiquiátrica.

La definición anterior no se limita a caracterizar a la enfermedad orgánica en determinado momento de la misma, sino que va más allá al hablar de una progresión en la cual se observan claramente los niveles de deterioro en el organismo, de ahí que se describa por fases facilitando el estudio e intervención clínicos. Asimismo, aún cuando el término incurable sea cuestionado por algunas perspectivas teóricas, se ha comprobado que a un individuo alcohólico, después de un periodo largo de abstinencia, le resulta difícil beber en forma moderada, por el contrario, continúa su avance en la etapa establecida con los consecuentes efectos orgánicos. Por ello, a pesar de que existen las técnicas más sofisticadas de curación para la farmacodependencia, puede afirmarse que no se llega a un cien por ciento en el restablecimiento de la salud, debido a lo cual se le agrega la caracterización de insidiosa.

Las ventajas que ofrece esta definición y caracterización de las fases, se refieren a que toma en cuenta el ambiente en el que vive el alcohólico y provee información relacionada con el proceso de enfermedad en la familia. Debido a estas implicaciones se consideró la más apropiada para llevar a cabo la presente investigación.

Por otro lado, la Asociación Psiquiátrica Americana en su publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición, plantea dos categorías para definir al alcoholismo. La primera se refiere al abuso del alcohol, que consiste en un patrón de uso patológico de la sustancia, de un mes como mínimo, lo que provoca deterioro de la actividad laboral o social. La segunda, asume las mismas características, agregando que la presencia de tolerancia y abstinencia es lo que determina al alcoholismo propiamente dicho (DSM-III, 1983).

Para los fines de esta investigación, la definición anterior no será considerada ya que es un tanto parcial frente a la problemática que se genera en la familia a raíz del alcoholismo.

Por su parte, la OMS define al alcoholismo como "una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como en sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".

Como puede observarse, esta definición toma en cuenta otros elementos en la problemática, de manera que al denominarla como enfermedad facilita su estudio

y análisis, también se retoma el factor interpersonal donde puede ser uno de los más afectados por cuanto se refiere a la relación con otros, en este caso los miembros de la familia y sociedad en general. Sin embargo; esta definición no habla explícitamente de ello y es utilizada generalmente con parcialidad, es decir, se aborda la enfermedad del bebedor omitiendo casi siempre la enfermedad de su familia.

Edwards (Cit. en Encuesta Nacional de Adicciones, 1990) propuso el concepto "Síndrome de Dependencia", mismo que se utiliza en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); siendo sus indicadores principales: compulsión de uso, incapacidad de control, síndrome de abstinencia y, uso de alcohol para aliviar la abstinencia.

En la actualidad existen numerosas definiciones de alcoholismo, esta diversidad ha causado controversias en el campo científico y social de ahí que no surja un acuerdo general sobre su conceptualización. A pesar de esto, se observa la tendencia a retomar y reformular algunos aspectos que se proponen en cada tipo de definición (Boyd, Derr, Grossman, Lee, Sturgeon, Lacock y Bruder, 1983).

1.3. FASES DEL ALCOHOLISMO SEGUN JELLINEK

FASE PREALCOHOLICA- Se caracteriza por el consumo ocasional que produce alivio. La persona bebe poca cantidad y no causa molestias en su casa.

Progresivamente aumenta el consumo lo cual modifica el metabolismo químico del alcoholismo.

FASE PRODROMICA.- Esta etapa puede durar de 5 a 6 años según la constitución física, preparación, relaciones sociales y personalidad. 1) Palimpsestos alcohólicos: consisten en que el bebedor no recuerda exactamente lo que pasó durante el estado de embriaguez. 2) Consumo subrepticio: el alcohólico trata de ocultar al principio de su enfermedad ante las demás personas. El sujeto piensa que bebe más de lo normal, y se siente diferente a los otros debido a que el alcohol empieza a serle necesario. 3) Preocupación por el alcohol: el bebedor se preocupa por todo tipo de celebraciones sociales en las que sabe tendrá acceso al licor y se previene tomando unas copas antes. 4) Consumo ávido: aumenta la necesidad de ingerir alcohol y a medida que toma puede sentirse estimulado y se mantiene el deseo de ingerir más. 5) Sensación de culpabilidad: comienza vagamente a darse cuenta de los problemas personales y familiares ocasionados por su forma de beber y trata de aliviarlos consumiendo alcohol. 6) Evita toda referencia a la bebida: evade los comentarios directos o indirectos que se relacionan con el alcoholismo; se justifica diciendo que únicamente es un bebedor social. 7) Frecuencia de los palimpsestos alcohólicos: al final de esta fase se advierte mayor frecuencia de palimpsestos debidos al deterioro del sistema nervioso. Sin embargo el consumo de alcohol no llega a ser alarmante y lo puede encubrir. En esta fase todavía hay posibilidad de prevenir el alcoholismo.

FASE CRITICA.- Es el inicio de la enfermedad propiamente dicha y consiste en : 8) Pérdida de control: cuando ha bebido una pequeña cantidad de alcohol, tiene la necesidad de continuar bebiendo hasta terminar totalmente ebrio. Cuando está sobrio se percata de su pérdida de control y empieza una serie de ensayos fallidos por demostrar su fuerza de voluntad. 9) Razona su comportamiento de bebedor: intenta encontrar razones para justificar sus recaídas teniendo relativo éxito ya que posteriormente persiste en el consumo. 10) Presiones sociales: se hacen evidentes las recriminaciones sociales, por lo que tiende a seguir inventando excusas. 11) Ilusión de grandeza: debido a los menosprecios que recibe de sus familiares y amigos adopta un mecanismo compensatorio de falsa superioridad. 12) Conducta marcadamente hostil: el bebedor piensa que los demás son culpables de su conducta, por ello, se aleja paulatinamente de su medio social a través de su conducta agresiva. 13) Remordimiento persistente: el alcohólico observa que su potencial energético, físico y psicológico va en detrimento; este remordimiento lo obliga a reflexionar positivamente y realiza su último examen de conciencia. 14) Periodo de abstinencia total: reacciona argumentando su fuerza de voluntad y deja de beber durante periodos largos o cortos, sin embargo vuelve a beber y pueden originarse trastornos psicosomáticos debido a su manejo inadecuado de las tensiones. 15) Modifica sus hábitos de beber: al percatarse que le es imposible prescindir del alcohol empieza a consumir bebidas suaves; tras este consumo cae en la embriaguez. A estas alturas el alcohólico solo responde a los requerimientos de su enfermedad. 16) Abandono de amistades: sus intentos de

dominar el hábito de beber aumentan su agresividad y sus amistades lo abandonan. 17) Dejar empleos: la forma de beber afecta sus actividades y muchas veces es obligado a renunciar lo cual le provoca más sentimiento de minusvalía, ello le insta a la bebida. 18) Subordinación completa al alcohol: le es difícil concebir la vida sin alcohol estableciéndose entonces la dependencia psicosomática. 19) Apatía hacia otros intereses exteriores: pierde interés por otro tipo de distracciones y enfoca más su atención al consumo de alcohol. 20) Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales: comienza a aislarse de las amistades que le rodeaban, se siente criticado aunque no sea así, se convierte en un individuo hosco en sus relaciones. 21) Marcada conmiseración de sí mismo: después de las hostilidades que sufre en su medio ambiente (trabajo, familia, amigos, entre otros), termina por sentir lástima de sí mismo lo cual le lleva a consumir nuevamente alcohol. 22) Proyectos de fuga o su realización: se siente acosado por su círculo social y piensa que al trasladarse a un lugar en donde nadie lo conozca su vida cambiará y dejará de beber, incluso puede dejar su país pero de nuevo vuelve a beber. 23) Cambio en las costumbres familiares: cuando la familia del alcohólico es socialmente activa puede convertirse en una familia retraída a causa de la vergüenza que siente o puede suceder lo contrario. Puede decirse que la familia sufre la misma enfermedad del bebedor puesto que desarrolla cambios en sus sentimientos y estado de ánimo e inclusive puede llegar a consumir alcohol. 24) Sentimientos irrazonables: debido a los reproches recibidos, guarda resentimientos y emociones reprimidos contra el propio yo. El yo se encuentra indefenso y puede destruirse totalmente, por lo que también se

presentan serios complejos en su personalidad. 25) Protección de su abastecimiento: se preocupa por tener a su alcance y en cualquier momento la bebida y la esconde en los lugares menos esperados. 26) Descuido de la alimentación: el alcohol empieza a producir irritabilidad en las paredes gástricas lo que provoca falta de apetito y necesidad de un aperitivo; poco a poco se olvida de sus horarios de comida y puede presentar trastornos orgánicos. 27) Primera hospitalización: a medida que las recaídas van sucediéndose, las atenciones médicas y/u hospitalizaciones son más frecuentes. Los motivos pueden ir desde una intoxicación hasta una enfermedad física o mental desencadenada por el alcohol. 28) Disminución del impulso sexual: este es uno de los primeros síntomas de debilidad orgánica. El alcohol destruye las células germinales; así, en caso de que un espermatozoide débil o insano traspase la pared del óvulo el producto puede tener serias consecuencias. 29) Celos de los alcohólicos: las desavenencias con la pareja y la impotencia sexual lo conducen a sentir celos que pueden llegar a ser patológicos. 30) Bebida regular matutina: su condición física y emocional deteriorada hacen indispensable el consumo de licor al comenzar el día.

FASE CRONICA.- Se caracteriza por la ingesta continua de alcohol sin interrupciones. 31) Periodo de embriaguez prolongada: la ingestión constante de alcohol produce mayor deterioro físico y mental; pierde el trabajo, amigos, dinero, la familia no lo tolera y con el tiempo pueden negar su parentesco, esto lo hace buscar más el alcohol. 32) Deterioro ético marcado: su forma de vida lo

hace olvidar todo y exhibirse sin temor ante la gente. Lo único que le interesa es beber alcohol manteniéndose en la fantasía y olvidando el presente. 33) Disminución de las capacidades mentales: el uso del alcohol por un tiempo prolongado causa la muerte de millares de neuronas cerebrales, el cerebro se va deteriorando, esto se refleja directamente en la disminución de su capacidad de memoria, concentración, atención, juicio y raciocinio. 34) Psicosis alcohólicas: cuando el alcohol se ha convertido en un elemento físico determinante, la personalidad del sujeto puede afectarse de dos maneras: psicosis o demencia (Psicosis: desorden mental extremo o patológico, se pierde el contacto con la realidad, el pensamiento y la acción se desquician. Demencia: es la total ruina psíquica), todo alcohólico sufre de ansiedad, la cual se transforma en angustia y con la bebida se llega a un estado de relativa tranquilidad; este círculo lleva directamente a los desórdenes mentales descritos. TIPOS DE PSICOSIS: La más simple es la intoxicación alcohólica sin aparentes efectos colaterales. *Delirium tremens: ocurre cuando se ha dejado la bebida y se manifiesta por ilusiones y alucinaciones. Las primeras son malinterpretaciones de la realidad, las segundas, son una percepción sin objeto que afecta a todos los sentidos. *Físicamente el cerebro está hinchado. *Psicosis de Korsakof: síndrome que se caracteriza por amnesia para los hechos cercanos de la vida, posteriormente desaparece la memoria para los hechos lejanos. El enfermo no identifica a las personas ni tiene reflejos rotulianos. Hay deterioro intelectual, emocional y ético. *Alucinosis aguda: cuadro esquizofrénico desencadenado por el alcohol, ocurren los mismos síntomas del delirium tremens aunque con mayor intensidad. Se

presentan alucinaciones auditivas, olfativas y visuales. *Paranoia alcohólica: se caracteriza por la presencia de celos intensos hacia la pareja; el enfermo se vuelve desconfiado y amenazante. *Psicosis depresiva: el enfermo se vuelve excesivamente triste y puede sufrir de melancolía crónica. *Pseudoparálisis alcohólica: falsa parálisis pudiendo ocasionar reclusión en una silla de ruedas o inmovilidad parcial. *Psicosis delirante crónica: presenta características del delirium tremens más acentuadas, aunado al delirio persecutorio ocasionando generalmente reclusión hospitalaria obligada. 35) Bebe con personas socialmente inferiores: por el afán de sentirse superior, el alcohólico se relaciona con toda clase de gente que ha caído más bajo que él y adquiere hábitos que agravan su enfermedad. 36) Consumo de productos industriales: el alcohólico consume sustancias tóxicas distintas al alcohol y que, generalmente son mortales. La autodestrucción se torna evidente y el rechazo social ya es excesivo. 37) Disminución de la tolerancia al alcohol: el alcohólico llega a la impotencia física y mental con la mínima cantidad de alcohol que consuma. 38) Temores indefinibles: aparecen fobias y los delirios persecutorios aumentan a tal grado que el alcohólico odia a la sociedad y al mismo tiempo siente miedo. 39) Temblores persistentes: el sistema nervioso del alcohólico depende de la droga alcohólica y su ausencia causa temblores persistentes debido a la pérdida de la capa de mielina en los nervios, aparecen calambres que no se calman sin el alcohol. 40) Inhibición psicomotora: el deterioro del sistema nervioso ocasiona movimientos incoordinados y la voluntad del enfermo sobre sus nervios es nula. 41) La ingestión del alcohol es obsesiva: el alcohol se ha apoderado de la mente

del alcohólico y la ingestión tiene que ser ininterrumpida. La angustia es tan grave que no le permite pasar un momento consciente. 42) Vagas aspiraciones religiosas: en el último intento por curarse, el alcohólico acude a la religión como un motivo que salve su voluntad, esto no tiene éxito. 43) Todo el sistema racionalista se quebranta: a pesar de tener evidencias de su ruina física y moral, el alcohólico no razona y no reconoce su enfermedad como tal. 44) Hospitalización definitiva: la enfermedad y sus complicaciones llevan al alcohólico al hospital, del cual generalmente sale cuando ha muerto de cirrosis. 45) Pérdida de la vida: finalmente, el alcohólico pierde la vida por enfermedad común, enfermedad mental, por accidente o va a la cárcel por su comportamiento.

En la descripción anterior, a diferencia de otras, se le da la debida importancia al impacto que tiene en la familia el avance del alcoholismo, aunque no señala detalladamente el progreso de la enfermedad en ésta, si menciona algunos cambios que sobrevienen. Sin embargo, ni en la definición, ni en las fases se mencionan los parámetros de ingesta (cantidad-frecuencia) necesarios para que surjan rasgos distintivos de cada fase. Mientras que en otras definiciones, cantidad y frecuencia son los principales criterios para determinar alcoholismo o simple abuso de alcohol.

1.4. PRINCIPALES CONFLICTOS PSICOSOCIALES OCASIONADOS POR EL ALCOHOLISMO

El consumo de alcohol se ha incrementado en los últimos años. De acuerdo a los datos proporcionados por el Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas 1992-1994, en el periodo de 1970 a 1979, la producción de bebidas alcohólicas en la República Mexicana se incrementó en 1, 224 355 miles de litros, posteriormente en el periodo de 1980 a 1989, la producción y venta de bebidas con contenido alcohólico tuvo un incremento anual de 18, 800 miles de litros.

La Encuesta Nacional de Adicciones en 1990 recabó información por regiones de la República Mexicana, de tal forma que en la región centro se encuentran los Estados de Hidalgo, Guanajuato, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Querétaro y Estado de México. En esta región se encontró que el 23.6% de la población urbana cumple con el criterio de dependencia al alcohol entre las edades de 18 a 65 años. De este porcentaje, el grupo de edad que presenta mayores síntomas es el de 18 a 29 años, siendo los varones quienes poseen el porcentaje más alto (20.6%) a diferencia de las mujeres (0.9%). Esta misma población consume en su mayoría el pulque (77.8%); en segundo lugar, el vino de mesa (55.1%) y finalmente la cerveza (24.5%).

En lo que se refiere a los problemas ocasionados por el consumo excesivo, los varones reportan haber tenido problemas en la familia (25.5%), mientras que las mujeres reportaron problemas en la salud (8.2%). En ambos casos el promedio de problemas familiares supera a los demás conflictos supuestos.

Hablando específicamente del Estado de México, el Programa nacional contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas 1986, menciona que esta zona ocupa el segundo lugar en el consumo de alcohol etílico. De 1982 a 1985 el consumo se incrementó en 80%. En este último año, en esta entidad el consumo representó el 29.4% del total nacional.

En esta medida el consumo de alcohol se convierte en una conducta que se transmite por patrones sociales y culturales, sin embargo, cuando rebasa los límites socialmente permitidos, se vuelve un hecho que tiene consecuencias en diferentes niveles -social, médico, familiar y laboral-, tanto para quien lo consume como para las personas que están a su alrededor.

En determinado momento, estas consecuencias acarrearán verdaderos conflictos psicosociales que traen consigo alteraciones que no están relacionadas directamente con el bebedor.

Dentro de los problemas sociales generados por el consumo excesivo de alcohol se encuentran los accidentes, homicidios, suicidios, y delincuencia, entre otros.

Los problemas de tipo médico más frecuentes son las enfermedades crónico-degenerativas, cirrosis hepática, invalidez, muerte y diversas lesiones ocasionadas por riñas o accidentes producidos al estar bajo los efectos del alcohol.

Berruecos (Op. Cit., Pág. 8), reportó que el 50% de los lugares ocupados en los hospitales asistenciales en el país, son para pacientes alcohólicos. Asimismo, hasta 1976, existía una cifra de 4 millones de mexicanos con algún grado de

invalidez debida al alcohol. En este reporte se menciona que el 64% de las agresiones contra otras personas se dan en estado de embriaguez.

La mayor parte de estos problemas se deben a los efectos que produce el alcohol en el organismo, tales como alteraciones de las funciones psíquicas superiores, funciones motoras, reactividad y reflejos y, funciones visuales. Dichas alteraciones pueden aparecer aún cuando la ingesta de alcohol no cause efectos evidentes, por ejemplo, el incremento de la velocidad al conducir es producto de la desinhibición que provoca una mínima cantidad de alcohol (Royo, Cit. en Vilchis, 1987 y Pelicier, 1991).

A pesar de que estos problemas médicos y sociales son muy palpables, las cifras reportadas en los estudios no son del todo veraces puesto que no existe una legislación que obligue a las personas que intervienen en los accidentes a realizarse un examen médico para determinar el grado de alcoholización.

México posee muy pocos trabajos al respecto. Se sabe que el consumo per cápita de bebidas alcohólicas ha ido aumentando. Asimismo, que el patrón de consumo es de poca frecuencia pero en cantidades excesivas, de ahí que se relacionen con problemas sociales como riñas, accidentes y lesiones, asumiéndose entonces que la ingesta de bebidas alcohólicas constituye un factor de riesgo importante (Manrique, Mas Condés, Varela y Varela, 1989; Rosovsky y López, 1986).

Varela y Varela (Op.Cit.) presentan los resultados de una investigación realizada en la Cruz Roja, destacando que la mayoría de los ingresos al hospital fueron personas golpeadas, lesionadas por caídas, involucradas en accidentes de

tránsito y que, estos ingresos tienden a aumentar en fechas de festejos tradicionales. Cabe señalar que la mayor parte de los afectados son del sexo masculino, mientras que la minoría son del sexo femenino.

Uno de los estudios que analizan las diferencias cuantitativas entre los sexos de los casos que se registran, se llevó a cabo por Borges, Rosovsky, Rodríguez y López-Lugo (1990), quienes señalan que el consumo de alcohol se duplicó en la última década lo que implica un aumento en la ocurrencia de los siguientes problemas: cirrosis (se detectaron más casos de varones); suicidios (en ambos sexos el consumo de alcohol predispone al suicidio); homicidio (para ninguno de los sexos el alcohol significa un factor determinante); accidentes (el sexo masculino obtuvo el índice más alto debido al consumo) y; crímenes (en ambos sexos no se relacionó directamente el consumo).

El consumo de alcohol interfiere en forma directa en un alto número de casos que por diversas circunstancias requieren atención médica. Se estima que en México, desde 1968, ha incrementado el porcentaje de accidentes, hechos violentos y muertes en razón directa al consumo de bebidas alcohólicas (López, Rosovsky, Narváez, Casanova y Barrios, 1991).

En este sentido, Velasco (1992) reporta que en 1991, tres de las diez principales causas de muerte en México son ocupadas por los accidentes, la cirrosis hepática y los homicidios, mismos que se vinculan con el alcoholismo. Frente a la gravedad de la situación, el autor recomienda adoptar diversas estrategias para disminuir los problemas relacionados con la ingesta de esta sustancia, entre las que destacan: retringir el acceso a bebidas alcohólicas a

personas intoxicadas y menores de edad, así como el horario de venta; establecer una legislación más estricta en cuanto al papel que juega el bebedor en accidentes, actos violentos, daños a la salud, entre otros y; promover programas educativos a nivel preventivo y de atención, dirigidos tanto a la comunidad en general como a aquellas personas que están directamente involucradas en el consumo.

Estas medidas son insuficientes (Velasco, 1991) ante la magnitud del problema, puesto que las instituciones requieren de una infraestructura más solvente y capacitada.

Además de las consecuencias sociales que se mencionaron anteriormente, se sabe que el alcoholismo tiene repercusiones directas sobre el producto de mujeres embarazadas.

Borges (1988), expone los elementos principales del llamado Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), el cual se caracteriza por retardo en el crecimiento prenatal y/o postnatal; anomalías faciales (microcefalia, microoftalmía y surco nasolabial pobremente desarrollado) y; disfunción del sistema nervioso central. A pesar de la polémica que existe sobre la vinculación del consumo de alcohol con estos efectos, el estudio plantea una correlación positiva entre ambas variables.

Los diversos estudios han abordado la problemática del alcoholismo desde diferentes niveles, no obstante, por la afectación directa que tiene sobre la familia, en el presente trabajo se ha destinado un apartado especial para analizar detenidamente el impacto que tiene este problema en la familia.

CAPITULO 2

ENFOQUE SISTEMICO Y SISTEMAS FAMILIARES ALCOHOLICOS

2.1. TEORIA GENERAL DE SISTEMAS

En 1928, el biólogo austriaco Ludwing Von Bertalanfy, inició el análisis de un nuevo enfoque de los problemas biológicos. Propuso el examen de la estructura de los sistemas y de esta forma intentó contrarrestar la fragmentación de la ciencia en especialidades individualizadas, sugiriendo que los fenómenos deben estudiarse no en contextos estrictamente definidos, sino más bien en campos interactivos (Ackoff, 1960, Cit. en Musitu, Roman y Gracia, 1988).

Así pues, los supuestos que subyacen a la Teoría General de Sistemas fueron desarrollados inicialmente para responder a ciertas interrogantes biológicas.

Fué a partir de 1945 cuando la teoría general de sistemas surgió como una propuesta concreta, para interpretar de manera similar ciertos campos del conocimiento, ya que en estos existen relaciones entre diversos componentes (Russel, 1984; Weiss, 1986 y; Bertalanfy, 1988).

La esencia del enfoque sistémico radica en la atención a la organización, es decir, a la relación entre las estructuras (sistemas) de un todo, a una concentración entre las relaciones matizadas, antes que en las lineales, y a una consideración de los hechos en el contexto en el cual se dan y no aislados de su

ambiente. El sistema se caracteriza de acuerdo a Bertalanfy por los siguientes aspectos:

1) *Sincronía y diacronía*: la primera se refiere al desarrollo de una relación que se da en un contexto y concierne a los componentes de la misma en su relación recíproca. Se habla de relaciones recíprocas porque existe la influencia de múltiples factores en el desarrollo de cualquier acción y principalmente en las relaciones sociales.

La segunda trata no solamente de la historia sino también de los cambios significativos que han regulado cambios en las interrelaciones. Este autor concibió que en muchos campos, sobre todo en las ciencias exactas, se mostraba que sus relaciones causales directas sólo son posibles en experimentos de aislamiento estricto.

2) *Causalidad circular*: aquí se marca un cambio en la teoría tradicional que ha caído en reduccionismos bajo un paradigma de causa y efecto. Cuando se habla de causalidades lineales existe un estancamiento en la teoría, ya que solo se toman los componentes deseados y no los componentes que se presentan en condiciones reales. Esta diferenciación se puede identificar al tomar en cuenta en los componentes (biológico, físico, lingüístico, social, entre otros), la influencia

recíproca que se origina al relacionarse. Además el sistema siempre está en acción.

3) *Comunicación*: para expresar y comprender un mensaje se requiere de un código compartido con otros. Y para la expresión del mensaje se requiere seleccionar el código más efectivo para la situación concreta. En este sentido la teoría general de sistemas pretende describir la acción tanto en relaciones perdurables como en las relaciones no perdurables, puesto que para la acción se necesitan dos actores que serán aquellos que participarán.

Así pues, la teoría general de sistemas postula la necesidad de estudiar no sólo las partes y procesos aislados, sino también resolver los problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifican, resultantes de la interacción dinámica de las estructuras y que determinan el comportamiento diferencial de estas cuando se estudian aisladas o dentro del todo (Op. Cit., 1988).

En general, esta teoría se desarrolló en campos muy diferentes durante las décadas de 1940 y 1950. Puede decirse que las proposiciones teóricas sugeridas por Bertalanfy (1968) y por Buckley (1967) han servido de base para un gran número de formulaciones posteriores. Sin embargo fué hasta finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, cuando sus aportaciones fueron plenamente integradas a un modelo sistémico de familia (Musitu y cols., 1988).

2.2. MODELO SISTEMICO FAMILIAR

De acuerdo al apartado anterior, existen cuatro conceptos clave del enfoque sistémico para la conceptualización de la familia tales como: información, delimitación, retroalimentación y homeostasis, los cuales se definen a continuación:

Información: Es el medio a través del cual el observador define los cambios que ocurren en el comportamiento adaptativo del sistema y que mantienen la organización adecuadamente de acuerdo con las exigencias del ambiente.

Delimitación: Se refiere a los límites o umbrales a través de los cuales la información se traslada de un sistema a otro, dado que un sistema tiende a dividirse de su equilibrio, no obstante cualquier sistema tiene una configuración característica de conservación que será restaurada después de cualquier desequilibrio. En la terapia familiar este aspecto se ha denominado "Homeostasis familiar" o "coherencia de la familia" (Weiss, 1977; Reiss, 1981; Dell, 1982, Op. Cit., 1988).

Retroalimentación: Las familias pueden estar situadas a lo largo de un continuo según su capacidad para desarrollar estructuras adaptativas y flexibles en respuesta a la retroalimentación del ambiente o miembros del mismo. Puede definirse como la respuesta del sistema a los cambios requeridos y se caracteriza por las operaciones negativas o de desviación para mantener la homeostasis. En este concepto se asume que los comportamientos se relacionan en forma

circular. La retroalimentación positiva es el mecanismo mediante el cual se refuerzan conductas nuevas que podrían utilizarse para la adaptación a circunstancias cambiantes. En cambio, la retroalimentación negativa tenderá a restablecer la situación que se vive. Así, la positiva creará el potencial para el cambio mientras que la negativa servirá para mantener el *statu quo*.

Homeostasis: Se define como el estado al que tiende el sistema después de cualquier desequilibrio. Este concepto ofrece una imagen del sistema familiar en interacción constante y dinámica, mediante mecanismos complejos que abordan esa relación y la delimitan permitiendo observar sus variaciones internas e incorporando los conceptos de crecimiento y adaptación (Gotman, 1979; Reiss, 1981 y; Baker, 1976).

Por su parte, Dell (1982) propone ir más allá del concepto de homeostasis y en su lugar sugiere el concepto de coherencia, misma que sería la interdependencia congruente en el funcionamiento familiar en donde todos los aspectos del sistema se adecuan entre sí.

Así pues, el enfoque sistémico conceptualiza a la familia como un sistema social, lo cual implica una mutua interdependencia entre los miembros de la familia, una interdependencia de las interacciones, esta relación supone entonces que la calidad de una relación es a su vez influida por el resto de las relaciones.

2.3. DINAMICA FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA

Desde esta perspectiva, la familia es definida como un grupo natural, que con el paso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros; define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1990).

Partiendo de esta definición, Gilbert (1984, Cit. en Claros, 1992) conceptualizó las relaciones tanto individuales, diádicas y triádicas que se presentan dentro del sistema familiar, como subsistemas, en tanto que Minuchin y Fishman retoman el término *holón* para designar las interacciones intrafamiliares; dicho término proviene del griego *holos* que significa "todo", con el sufijo "on" que evoca una partícula o parte. Ambos términos son importantes para visualizar a la familia como algo más que un mero grupo de individuos, puesto que cada holón o subsistema es un todo y una parte al mismo tiempo, esto es, la parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuo de comunicación e interrelación, las familias tienen subsistemas diferenciados; cada individuo es un subsistema, cada díada o subgrupo forman también un subsistema, los cuales pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

El subsistema individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo, no obstante, este concepto va más allá de la personalidad individual ya que se parte del hecho

de que todo individuo influye directamente sobre las personas con las que interactúa porque sus respuestas refuerzan las respuestas de los otros. Hay un proceso circular de influjo y refuerzo recíproco que tiende a mantener una pauta de interacción fija. Al mismo tiempo, tanto el individuo como el contexto tienen cierta flexibilidad para cambiar.

El funcionamiento del subsistema conyugal es vital para el desarrollo de la familia por lo que debe existir entre los integrantes complementariedad y acomodación mutuas. Entre sus funciones están las de ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de fuera, asimismo ante los hijos constituye un modelo de relaciones íntimas.

El subsistema parental se compone de los padres y a medida que crecen los hijos se imponen nuevas demandas a este subsistema el cual debe modificarse para satisfacerlas; su función primordial consiste en proteger, guiar, controlar y restringir a los hijos. Las interacciones en este subsistema incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza, aprende a considerar justa o arbitraria la autoridad, conoce las formas más eficaces para comunicar lo que desea, modela su sentimiento de lo correcto y vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones. A veces este subsistema excluye a uno de los padres e incluye a otro familiar en quien se delega la autoridad de cuidar y disciplinar al niño.

El subsistema fraterno está constituido por los hermanos y es el primer espacio social en el que los niños aprenden a relacionarse con sus iguales. Dentro de este contexto los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan y aprenden unos de otros. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir, de esta forma van adoptando diferentes posiciones en el constante proceso de dar y recibir. Este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como individualidad vivenciada en el acto de elegir y optar por una alternativa dentro de un sistema. Estas pautas adquieren importancia cuando los hijos ingresan a grupos de iguales fuera de la familia (Op. Cit., 1990).

Visto de esta forma, la teoría general de sistemas es el único modelo conceptual con el que se pueden postular interrelaciones entre todos los elementos que participan en el desarrollo humano y familiar, puesto que considera y evalúa a cada elemento, como un componente interdependiente de otros, formando parte a su vez de un sistema total.

2.4. CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Para analizar la interacción entre los factores familiares e individuales, es necesario conocer los diferentes aspectos que integran la familia y la evolución de éstos a través del tiempo.

Una familia no es un entidad estática, está en proceso de cambio continuo lo mismo que los contextos sociales. Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y evolución (Fontaine, 1984).

Aunque la familia sólo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar manteniendo, sin embargo, su continuidad.

El desarrollo de la familia según este modelo, transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente, en donde existen periodos de equilibrio y adaptación y también periodos de desequilibrio a consecuencia de su paso de un estadio a otro más complejo.

Estrada (1990) en su análisis de la evolución familiar, describe seis fases por las que atraviesa la familia, que abarcan desde la elección de la pareja hasta la vejez misma. Estas fases serán descritas a continuación:

PRIMERA FASE: *El Desprendimiento.* Se inicia con la salida del joven en busca de un compañero fuera de la familia, este hecho pone en pugna dos corrientes familiares, una que está a favor del desprendimiento y otra que tiende a regresar o detener este proceso.

Se requiere de la consumación de este primer paso para que el ciclo vital de la familia sea favorable. Una vez realizada la elección, la joven pareja se enfrenta a la tarea de adaptarse a un nuevo sistema de vida con hábitos, demandas y satisfacciones diferentes a las que tenía en su familia de origen; simultáneamente

la pareja crea y define los límites con sus familias de origen y básicamente con sus propios padres.

En este proceso adaptativo la pareja enfrenta ciertas dificultades que ponen en peligro el proyecto de una nueva relación, por ejemplo, conforme progresa el matrimonio se pueden ir adjudicando al compañero no solo cualidades e idealizaciones sino también se le responsabiliza de muchos problemas personales que estaban presentes incluso antes de conocerle; otro factor que amenaza es la ruptura brusca de la idealización que representa el noviazgo y que constituye un factor de fuerza para separarse de los padres. Para la sobrevivencia del matrimonio en esta etapa, es fundamental el aspecto de resolución de conflictos y la comunicación recíproca.

SEGUNDA FASE: *El Encuentro.* En esta etapa se trata principalmente de cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces aportaban seguridad emocional e integrar un sistema emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero.

En ella se lleva a cabo el "Contrato Matrimonial" que regirá la vida psíquica, emocional e instrumental de la nueva pareja, entendiéndose por contrato todos aquellos conceptos individuales de naturaleza consciente o inconsciente que pueden ser expresados verbalmente o en otra forma. Estos conceptos se refieren a lo que cada uno piensa acerca de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como de los bienes y beneficios que espera recibir.

El contrato abarca todos los aspectos de la vida conyugal: sexo, metas, relación con los demás, paseos, jerarquía, dinero, los hijos, los familiares, entre otros.

El éxito del matrimonio depende en gran parte del grado de satisfacción y complementariedad que se le puede proporcionar a las expectativas de cada uno de los cónyuges, las cuales estarán basadas en las experiencias compartidas en el seno de la familia de origen. Todo esto pasa a formar parte de su equipo psicológico y se traduce en ideas y necesidades que son proyectadas en la persona que va a ser su cónyuge.

Los motivos por los que algunas parejas fracasan en su intento de formar una familia, son porque no se hacen explícitas las expectativas de cada uno de los cónyuges; operan bajo dos contratos totalmente diferentes; las expectativas son imposibles de obtener o bien, porque la fantasía rebasa en mucho a la realidad.

TERCERA FASE: *Los Hijos.* La llegada de los hijos representa un aspecto complejo y delicado para el sistema familiar que inicia, ya que la llegada de un niño, no solo requiere de un espacio físico y emocional sino que además plantea la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial así como las reglas que hasta entonces habían regido la vida marital.

De inicio, es necesario que la pareja adquiera un nuevo anclaje de relación emocional con el niño y que exista la capacidad de ayudar al compañero para que lo haga, así por ejemplo, durante el embarazo la futura madre se va separando gradualmente del mundo exterior y forma ideales internos y planes

hijo. Por ello requiere de alguien que la apoye y proteja, de ahí la importancia de la función del padre durante este periodo.

En ocasiones, el tener un hijo favorece la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación y elaboración de distintas facetas de la personalidad de cada uno. Puede producir y realizar además un sentimiento de continuidad y convertirse en la energía que mueve a la pareja.

Además, el niño a través de la escuela, facilita el ingreso de la familia al ambiente social y cultural, esta situación representa un reto y una fuerte demanda social que necesita de una gran movilización emocional y de una buena capacidad de adaptación de la familia.

En esta fase, es de vital importancia la valoración que hace la pareja de los aspectos físicos, emocionales y económicos para definir el número de hijos que se tendrán.

En resumen, la pareja debe aprender el rol de padre y madre y para ello es indispensable el apoyo del compañero, al grado de que incluso es posible intercambiar roles cuando sea necesario. También es importante que cada cónyuge mantenga la capacidad de expresar su individualidad y su identidad.

CUARTA FASE: *La Adolescencia.* Esta fase implica un mayor reto para la familia en la medida en que se combinan varios factores, por ejemplo, aunado a la adolescencia de los hijos que es ya de por sí problemática, se agrega la madurez de los padres, misma que en ocasiones no es totalmente aceptada por ellos.

Primero, los hijos se separan emocionalmente de los padres y cambian, esto requiere nuevamente de un movimiento drástico de las relaciones emocionales. Es imprescindible que los padres posean la capacidad de expresar los sentimientos de pérdida y tristeza, para que mediante su relación de pareja compensen la ausencia de los hijos.

También es necesario que los padres en esta etapa se aseguren de recibir la consideración y respeto de todos los miembros de la familia a través de su comportamiento maduro y aceptación del cambio. A estas alturas en la mayoría de las familias existe ya una estabilidad económica, por lo que se cuenta con tiempo y es posible que se realicen todas aquellas actividades que anteriormente no se pudieron hacer. Cuando los hijos se van, la pareja adquiere otra dimensión en el área social y es necesario por lo tanto continuar apoyando las defensas sociales adaptativas, con objeto de continuar funcionando en el seno de la sociedad.

QUINTA FASE: *El Re-Encuentro.* Esta fase del ciclo vital familiar, que se presenta cuando ya se han ido los hijos, ya sea porque se casan o porque se genera el cambio emocional que marca y obliga su independencia, es más necesario el apoyo mutuo entre los esposos para seguir buscando nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio.

Es preciso recordar el papel del esposo y compañero con el fin de contar con un apoyo incondicional ante las dificultades que produce la edad misma; la pareja debe prepararse para la soledad y para manejar adecuadamente los sentimientos

de culpa que aparecen con frecuencia por los errores cometidos en el pasado, especialmente con los hijos y por los deseos de la propia muerte.

SEXTA FASE: La Vejez. Esta etapa es una de las menos investigadas y conocidas, no obstante, en general se ha observado que se produce un marcado ensimismamiento del individuo y por lo tanto un alejamiento del mundo exterior.

Las parejas en esta etapa enfrentan varios conflictos para adaptarse a las pérdidas y retos que la edad representa, todos los esfuerzos se centran en la búsqueda de una nueva identidad, de una compañía que produzca placer, así como de una experiencia significativa y genuina.

Uno de los problemas que enfrenta la pareja es cuando el jubilado regresa a casa para siempre, lo que en ocasiones produce en la esposa un sentimiento de invasión y peligro hacia la individualidad y diferenciación entre ambos. Otra problemática se presenta cuando los hijos establecen una sobreprotección hacia sus padres lo que no les permite tener una adecuada intimidad y mucho menos vivir con libertad.

Convertirse en abuelo ofrece un nuevo sentido a la vida, por ello es importante tener la habilidad suficiente para aceptar en forma realista las propias capacidades y limitaciones. Igualmente es indispensable poder cambiar el rol y aceptar la dependencia cuando sea necesario.

A través de todo este ciclo la familia despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir; estas funciones pueden encontrarse en un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología.

2.5. MODELO SISTEMICO DE LA FAMILIA ALCOHOLICA

Básicamente el concepto de familia denota un número de partes relativamente organizadas de manera que un cambio en una de las partes conlleva un cambio en las demás partes del sistema. En esta perspectiva, la familia es el lugar donde los miembros son mutuamente interdependientes e interactuantes.

El presente trabajo se centra en un tipo determinado de sistema familiar: "*la familia alcohólica*", lo cual no significa que todos sus miembros sean alcohólicos, sino que el alcoholismo se ha convertido en el principio general de las interacciones de la familia (Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, 1989 y Claros, 1992).

En este sentido Barnard (1981) afirma que la familia alcohólica atraviesa por un círculo vicioso, donde el integrante que bebe es solo una parte más en el sistema donde los otros miembros actúan y son afectados por la problemática.

Las familias alcohólicas se caracterizan por reorganizar las conductas de interacción, de tal forma que se adapten a las necesidades del miembro alcohólico, además manifiestan deformaciones características en su desarrollo, concomitantes con la reorganización de la vida familiar en torno al alcoholismo como tema y principio central (Muriel, 1989).

En consecuencia el modelo sistémico de la familia alcohólica tiene cuatro principios básicos:

1. Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con este se han convertido en principios organizadores centrales en torno a los que se estructura la vida de la familia.

2. La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad de alterar el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia.

3. El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol se advierten con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas reguladoras, a medida que la familia se adapta a las exigencias del alcoholismo.

4. Los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras, pueden observarse en su profunda influencia sobre la forma general del crecimiento y desarrollo de la familia.

Como ya se mencionó, el crecimiento y el desarrollo en las familias, implica grados cada vez más elevados de complejidad y organización. En el caso de las familias alcohólicas, dicho desarrollo se ve alterado desde que organizan su vida alrededor del alcoholismo como problema nuclear de la identidad familiar.

De acuerdo a las fases del desarrollo que se han planteado, las dos primeras (se denominarán 1 y 2 respectivamente) se caracterizan por el establecimiento de

límites y la formación de esta identidad. Ahora bien, las tareas de desarrollo para las familias alcohólicas son las mismas que para cualquier familia, pero la aparición del problema acentúa considerablemente las tensiones que existen entre las familias de origen y la nueva familia, lo que afecta directamente el proceso de formación de límites.

En las fases intermedias (3 y 4) surge el compromiso con un conjunto de reglas estables y coherentes, con respecto a las conductas y relaciones manejadas en el seno familiar, misma que se caracteriza por la organización de las rutinas cotidianas de la familia y las estrategias para la solución de problemas.

El impacto del alcoholismo sobre estas conductas reguladoras conduce a una alteración en la dirección de estas conductas, lo cual se refleja en la ampliación de los aspectos compatibles del alcoholismo y una reducción de los rasgos incompatibles con éste, es decir, inconscientemente las conductas reguladoras se convierten en un refuerzo de las conductas alcohólicas.

En las últimas fases (5 y 6) se manifiestan grandes desafíos para la familia, toda vez que aparecen nuevos miembros, nuevas ideas, y al mismo tiempo miembros importantes fallecen o se separan del círculo familiar. Hacia el final de la última fase, con el objeto de preservar su identidad, la familia transmite explícitamente a la siguiente generación una representación exacta de sí misma y de sus valores. Entonces la familia alcohólica debe aclarar su posición con respecto al alcoholismo, las conductas directamente relacionadas con la problemática se vuelven explícitas, renovándose entonces la batalla de la familia

para decidir si adoptará sus rituales y rutinas a las necesidades de su integrante alcohólico.

Existen dos factores que hacen extremadamente difíciles estas fases, el primero se refiere a la extrema rigidez de las conductas reguladoras de la familia, por lo que muestra una marcada resistencia a los cambios necesarios; el segundo factor se refiere al impacto que provoca en la familia la posible pérdida del alcohol, puesto que éste se había convertido en el centro de atención del grupo.

Sin embargo, dos familias con la misma estructura pueden mostrar diferentes problemas, aunque en ambos casos la cantidad que se consume de alcohol sea la misma. Así, hay algunos factores que las familias pueden experimentar, tales como la personalidad individual, la intensidad de las relaciones familiares, los roles, la percepción individual, la frecuencia de la bebida, el estatus social, la integración a la comunidad y las reglas. En esta medida, los problemas pueden ocurrir en tres áreas: física, psicológica y social.

2.6. ROLES EN LA FAMILIA ALCOHOLICA

En el aspecto psicológico, varios investigadores han analizado los roles emocionales que son desempeñados por los integrantes del sistema familiar.

Paulino y McGrady (Cit. en Barnard, Op. Cit.), describieron varios roles emocionales: "perturbador", "negador", "quien toma decisiones" y "el enfermo".

Por su parte, Wegscheider (1981) sugiere que cada miembro de la familia asume un rol específico en un intento de contrabalancear las dificultades que surgen por la bebida. Estos roles permiten funcionar a la familia a pesar del problema del alcohol, manteniendo el sistema que de otro modo podría decaer. Los roles descritos por este autor especifican con mayor claridad las conductas que realizan aquellos que los asumen, por lo cual fueron retomados para la presente investigación y se definen a continuación:

El Facilitador: es el miembro de la familia más cercano emocionalmente al bebedor. Este rol apoya el abuso del alcohol, permitiendo que funcione mientras se evitan las consecuencias de la bebida. El facilitador retrasa las crisis que pueden amenazar al bebedor problema, el cual amenaza a su vez la estabilidad familiar. El o ella regularmente encubre la conducta del bebedor y toma su responsabilidad para el mantenimiento de la familia. Este rol tiende a ajustar sus propias reacciones para contrarrestar las acciones del bebedor en la familia.

El Héroe: es la distracción de la realidad de la vida caótica en la familia. El que asume este rol es la figura principal en la familia en términos de realización. El héroe es el símbolo en el cual la familia elabora sus fantasías de que todo en su casa marcha bien. En consecuencia, él o ella no puede mostrar lo que realmente siente. En aislado, ellos obtienen atención por acciones mejores cada vez, fomentando raramente el elogio y con su conducta liberan a la familia de la creencia de que no todo es bueno.

para integrarse a grupos desequilibrados o, por el contrario, es posible que el hijo se apegue más al hogar para proteger al padre no alcohólico.

Glenn y Parsons (1989) identificaron factores familiares, conductuales, psicológicos y socioculturales que diferencian a los niños hijos de adultos alcohólicos de los hijos de no alcohólicos (grupo control), así como determinar si alguna de esas diferencias son influidas o son producto del género. Trabajaron con 75 hombres y 72 mujeres a quienes se les aplicó la Escala del Estado de Ansiedad de Spielberg, el Inventario de Depresión de Beck, el Análisis de Disfunción Cerebral Mínima para niños y la Lista de Síntomas Infantil y la Prueba de Abstracción Verbal de Shipley. Los resultados indican que los hijos de alcohólicos tienen ocho veces más probabilidades de desarrollar alcoholismo que la población general; no obstante, los autores señalan que ésta no es una condición determinante en el desarrollo de la problemática.

Por otro lado, también se han evaluado la percepción que tienen los alcohólicos de su familia.

Velasco, Quiroga, Martínez y Nadelsticher (s. a.) trabajaron con un grupo de sujetos homosexuales, otro de sujetos alcohólicos y un tercer grupo de sujetos sin ninguna alteración. Se les aplicó un cuestionario de 110 preguntas que evalúan diferentes aspectos de la estructura familiar, en los resultados se hallaron algunas similitudes entre las respuestas de los sujetos homosexuales y los alcohólicos, entre las que destacan: la presencia de una abuela que interviene frecuentemente en las decisiones del hogar, una relación conflictiva permanente entre los padres, un nivel de comunicación pobre entre los miembros de la

familia y, sentimientos de malestar personal en los sujetos por lo que se aíslan de su familia y del mundo exterior.

En el aspecto social también se ha evaluado la influencia de la transmisión de valores y normas familiares y de uso del alcohol.

Johnson, Nagoshi, Danko, Honbo y Chau (1990) investigaron las interrelaciones de individuos y familias entre la cantidad y frecuencia del uso del alcohol; los problemas y "normalidad" de dicho uso; el malestar y síntomas asociados que siguen al uso del alcohol y las respuestas esperadas a nivel fisiológico y subjetivo al alcohol. Entrevistaron a 183 familias (552 sujetos) y encontraron que las normas de uso del alcohol son transmitidas a través de la familia, lo cual apoya los conceptos de que la transmisión familiar mediante el aprendizaje cultural supera los de la transmisión por mecanismos genéticos; por ello se asegura que las normas y expectativas son aprendidas culturalmente, entonces los programas de intervención apropiados a la cultura pueden ser desarrollados para cambiar esas cogniciones en poblaciones de alto riesgo.

Complementariamente, existen investigaciones que plantean que la respuesta del grupo familiar al alcoholismo puede ser un factor muy importante en el mantenimiento del uso del alcohol.

Al respecto, Natera, Casco, Nava y Ollinger (1990) trabajaron con doce familias del Distrito Federal, aplicando cuestionarios relacionados con los métodos de enfrentamiento; la atmósfera familiar y el cuestionario general de salud. La experiencia piloto ayudó a definir preguntas más específicas que profundizaron en las respuestas del cuestionario de enfrentamiento. Lo cual

significa que cada acción relevante que se tome y se trate de un tipo de enfrentamiento o reacción, sea lo más específica posible e incluso defina el sentimiento que predominó al ejecutar la acción, ya que éstos pueden ser factores de gran importancia que coadyuven a encontrar un adecuado tratamiento del alcoholismo.

Como pudo observarse, los efectos colaterales del alcoholismo en la familia revisten vital importancia en los planes de intervención general de la psicología. Hace falta mencionar que las carencias institucionales se limitan a enfrentar el problema de manera muy superficial y global.

CAPITULO 3

INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL ALCOHOLISMO Y LA FAMILIA

3.1. EVALUACION DEL ALCOHOLISMO DESDE ALGUNAS APROXIMACIONES TEORICAS

La psicología como disciplina científica no se desprende de la objetividad de sus métodos de evaluación, de ahí que hasta la más sencilla observación requiere un respaldo estadístico para ser significativa. De esta forma, la teoría no se aleja del carácter predictivo y marca la vía que ha de seguir la comprobación o reproducción de los hechos observados.

Como se ha visto, el problema del alcoholismo posibilita al psicólogo distintos momentos y motivos de evaluación tanto del miembro de la familia que consume bebidas alcohólicas como de su grupo familiar.

En virtud de esta posibilidad, las distintas corrientes en psicología se han dado a la tarea introducirse a la problemática desde sus puntos de vista particulares, convirtiéndose el proceso de evaluación en una característica distintiva de tales aproximaciones.

Cabe mencionar que la detección, tratamiento y seguimiento del alcoholismo tienen relación estrecha con la corriente teórica de la que forman parte y con mucha más razón de la vinculación de la psicología con otras ciencias.

En razón de ello, la existencia de numerosas definiciones e interpretaciones ocasiona que el fenómeno se estudie de muy diversas formas. Sin embargo, por lo general se toma en cuenta el criterio científico avalado por organismos internacionales que dan pie a los programas de intervención en cada país.

Ejemplo de esta situación es la actividad de la Asociación Psiquiátrica Americana que publica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para establecer los lineamientos a seguir en los diagnósticos clínicos. Para el caso del alcoholismo, este manual distingue el abuso de alcohol de la dependencia al alcohol, señalando que esta última puede denominarse también alcoholismo (DSM-III, 1983).

En consecuencia, el médico o psiquiatra diagnostican en función de criterios generales y que sólo son aplicables al paciente alcohólico.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina alcoholismo bajo la definición de Síndrome de Dependencia al Alcohol, descrito en un apartado anterior, ya que en la Clasificación Internacional de Enfermedades se asume que el alcoholismo debe diagnosticarse por medio de los síntomas generales que son enumerados en esa clasificación.

Además, en el Seventh Special Report of the United States of the Alcohol and Health Congress (1990), se afirma que dicho diagnóstico debe considerar la distinción entre dependencia al alcohol y problemas relacionados con el alcohol.

Tras esta afirmación se pensaría que para evaluar a la familia de un alcohólico, sería necesario primero indagar si este integrante en realidad es alcohólico o si únicamente es una persona que abusa del alcohol. Además, los problemas relacionados con el alcohol no dependen estrictamente de la dependencia sino de otros factores inmersos en el funcionamiento de una familia.

Steinglass (1989) plantea que el funcionamiento de una familia alcohólica es muy diferente al de una familia con un miembro alcohólico. En la primera, el alcoholismo ha ocasionado que la dinámica gire en torno al problema y en la segunda, el funcionamiento no se halla tan alterado aún. En este sentido, ni la definición del DSM-III, ni la de la OMS son satisfactorias para llevar a cabo un verdadero diagnóstico del alcoholismo en la familia.

Por otra parte, desde nuestra ciencia, el modelo sistémico es una aproximación importante ya que se basa en una visión ecológica, enfatizando la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad. En esta medida, el modelo representa un avance que supera al modelo biomédico sustentado en los organismos anteriores porque, "es más comprensivo e integrativo de la naturaleza y determinantes de la enfermedad y sus implicaciones para el tratamiento y prevención" (Schwartz y Wiggings, 1986, Cit. en Moos, 1990).

Se ha demostrado entonces que para realizar el diagnóstico de familia ante el alcoholismo es indispensable tomar muy en cuenta el modelo del cual se parte.

Los modelos sociológicos han dado pauta a estudios nacionales e internacionales, aunque algunas de sus variables son investigadas también por la demografía, antropología, psicología, entre otras.

De dichos estudios se ha concluido por ejemplo que la vida familiar y el uso del alcohol son parte de una totalidad sociocultural, que los roles sexuales son quizá las características más universales en el contexto de la vida familiar y del uso del alcohol y, que las mujeres adquieren un hábito irreflexivo al tratar de controlar el consumo de alcohol de su cónyuge (Natera y Holmila, 1990).

La psicología, a través del modelo conductual ha tenido hallazgos importantes en sus métodos de evaluación al utilizar el análisis conductual, puesto que retoma elementos externos al propio comportamiento del bebedor pero no los enlaza de forma sistémica, es decir, todavía analiza relaciones causa-efecto. Si bien es cierto que la teoría conductual rompe con la idea del alcoholismo como una enfermedad irreversible, es evidente que al detectar necesidades individuales (Sobell y Sobell, 1978), parcializa la posibilidad del paciente a responder a eventos (estímulos) de mayor influencia en su proceso de alcoholización.

Ante estas limitaciones, la Terapia Familiar ofrece diversas técnicas que satisfacen los requerimientos para implementar la intervención clínica. En el Second Special Report of the United States of the Alcohol and Health Congress (1974), se habló de la Terapia Familiar como una modalidad en el tratamiento del alcoholismo y fué referida como "el avance más notable en el área de la psicoterapia (de alcoholismo)" (Barnard, 1981).

Estas técnicas y su caracterización se describirán con más detalle en un apartado posterior.

3.1.1. INSTRUMENTOS DIAGNOSTICOS EMPLEADOS POR ALGUNOS MODELOS CIENTIFICOS EN EL CAMPO DEL ALCOHOLISMO.

En realidad, las técnicas diagnósticas no varían mucho entre las disciplinas pero son muy específicas cuando se aplican a las distintas problemáticas.

La evaluación del alcoholismo se generó en la medicina y ha consistido casi siempre en la detección de necesidades individuales en los pacientes, quienes al estar afectados físicamente, requieren ayuda para contrarrestar o disminuir la sintomatología de la embriaguez. La situación familiar rara vez es tomada en cuenta para fines de diagnóstico. En este caso, los instrumentos empleados exploran nada más si el paciente es alcohólico o no y el grado de trastorno físico actual.

En esta modalidad se asegura que "desde hace cuarenta años se han desarrollado muchos cuestionarios para detectar y/o describir el síndrome de dependencia al alcohol" (Rodríguez-Martos, 1989).

Así, el uso de cuestionarios se ha hecho muy frecuente, ya que si bien la exploración física proporciona información básica para conocer el estado del paciente, la información que aportan estos instrumentos es de suma importancia.

El cuestionario que se emplea en medicina se divide en dos clases: Cuestionarios que detectan al paciente alcohólico: Test de Jellinek (1960); Test MAST (1967); Test de Le-Go (1968); CAGE, CUAAL, SAAS (1970); Cuestionario breve para alcohólicos (1976); Adolescent Alcohol Involvement Scale (1979); Early Indicators of Alcohol Problems (1983); Alcohol Clinical Index (1986); entre otros (Op. Cit., 1989).

En la otra clase se encuentran los Cuestionarios que describen la enfermedad: Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (1979); Alcohol Dependence Scale (1984); Sensation Scale (Cit. en Maisto y Connors, s. a.).

Además de los datos recabados con dichos instrumentos esta ciencia utiliza pruebas de laboratorio, estudios radiológicos, entrevistas, entre otras.

Como se mencionó anteriormente, la principal limitación que se observa en estos instrumentos estriba en la evaluación individualizada, que no permite una intervención médica ni psicológica en otras dimensiones de la enfermedad.

La familia queda relegada a las indicaciones para atender a su enfermo sin considerar las alteraciones psicosomáticas de los demás miembros que pueden estar ocurriendo como resultado de la presencia del alcoholismo en el hogar.

La psiquiatría por su parte, emplea muy poco los instrumentos debido a su naturaleza y solamente evalúa la influencia de sustancias en el organismo del paciente y de forma muy escueta la influencia de sus relaciones familiares.

Souza y Machorro, Mestas, Turull y Cárdenas (1985) elaboraron un instrumento denominado Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para rastrear aquellos factores de índole biológica, demográfica, social y psiquiátrica en pacientes alcohólicos.

La gran cantidad de ítems limita un tanto su aplicabilidad a muchos tipos de pacientes, sin embargo, ubica las alteraciones somáticas en los niveles adecuados para su tratamiento.

Schafer, Butters, Smith, Irwin, Brown, Hanger, Grant y Schuckit (1991) reportan el uso de algunos subtests de vocabulario del WAIS, además de otras pruebas médicas en la evaluación psiquiátrica de la enfermedad.

La sociología no ha sido ajena al uso de instrumentos en la evaluación del sujeto alcohólico, superando en cierta medida la postura de otras disciplinas. Aún cuando todavía diagnostica alcoholismo a través de un solo miembro, ha dado un paso adelante al incluir factores ambientales y socioculturales en el establecimiento de patrones de consumo de alcohol. En México, la investigación de corte sociológico ha tenido adelantos importantes.

Natera, Herrejón y Rojas (1988) compararon características de la conducta de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos mediante el empleo de dos instrumentos: Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, el cual abarca las áreas personal, social y de salud y; el Cuestionario sobre consumo de alcohol, donde se rastrea el perfil sociodemográfico, el patrón de consumo, problemas asociados, razones para beber y para no beber, alcoholismo en la familia de

origen y sección de opiniones. Ambos instrumentos fueron adaptados para su uso en México.

Otros estudios relativos a los antecedentes del alcoholismo en la familia y sus implicaciones en la vida actual del paciente, han arrojado resultados muy interesantes así como la necesidad de crear instrumentos apropiados para determinar eventos precipitantes de accidentes y condiciones vitales en la familia (Swartz, Drews y Cadoret, 1989 y; López, Rosovsky, Narváez, Casanova y Barrios, 1991).

3.1.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DEL ALCOHOLISMO CREADOS POR LA PSICOLOGIA

En lo concerniente a la actividad diagnóstica de la psicología se observa una evolución muy trascendente puesto que sus distintas aproximaciones han tenido oportunidad de crear gran cantidad de instrumentos diagnósticos.

De los más significativos en esta evolución lo constituye la Técnica de Apercepción de Interacción Familiar (FIAT, Siglas en Inglés) la cual es una medida proyectiva para obtener datos sobre la historia de los miembros acerca de su funcionamiento familiar.

Esta técnica fue empleada por Elbert, Rosman, Mínuchin y Guerner en 1964 (Gurman y Kniskern, 1981).

Estos mismos autores reportan el trabajo de Zeigler-Driscoll (1977-1979) sobre adicción a alcohol y drogas. En estos estudios se evaluó la estructura familiar y la situación demográfica. Los instrumentos usados fueron datos clínicos y cuestionarios y la muestra se conformó de 46 familias adictas y 44 familias alcohólicas.

Este es el principal antecedente del uso de cuestionarios psicológicos en el campo del alcoholismo, aunque las técnicas de medición psicológica propiamente dichas tuvieron su génesis a raíz de la Segunda Guerra Mundial.

La aproximación conductual ofrece alternativas importantes en este ámbito, sin olvidar su enfoque individualista tradicional. En esta escuela se ha creado el Taste Test Assessment; Michigan Alcoholism Screening Test; Addiction Severity Index; Alcohol Beliefs Scale; Comprehensive Drinker Profile; Alc Eval; entre otros (Dictionary of Behavioral Assessment Techniques).

Estos instrumentos son aplicables al bebedor únicamente, explorando una o varias áreas de disfunción conductual.

En este mismo enfoque, Earleywine y Finn (1991) investigaron sobre la relación entre desinhibición conductual y el uso del alcohol empleando cuatro cuestionarios: Escala de Mac Andrew y Socialización; Escala de búsqueda de sensación; Cuestionario de personalidad tridimensional y; Medida de cantidad y frecuencia de uso de alcohol.

Hay y Nathan (1982) evaluaron conductualmente el alcoholismo mediante el MAST (Michigan Alcohol Screening Test) para obtener información inicial,

prosiguen con autoreportes y la Escala de Satisfacción Marital. Tras obtener la mayor información posible, se procede a realizar el análisis funcional.

A través de esta revisión puede observarse que la evaluación conductual no es muy satisfactoria al abordar problemas relativos al alcoholismo ya que, a pesar de considerar al cónyuge "sano", solamente se le maneja como elemento que proporciona información para el trabajo con el paciente (Blane, 1977; Mella, et. al., 1980) y al cual proporcionarle entrenamiento para llevar la relación marital de la mejor manera, sin embargo, desde la evaluación se pueden hallar deficiencias en esta orientación.

Actualmente se siguen diseñando cuestionarios conductuales, pero es constante la inclinación a evaluar el problema del alcoholismo a través del bebedor. No cabe duda que son efectivos pero parciales en su utilidad si se trabaja con el grupo familiar.

Ejemplo de ello es el desarrollo de Cuestionarios Expectativos, cuya finalidad es predecir las conductas positivas o negativas que el bebedor espera ejecutar con el consumo de alcohol (Corcoran y Scott, 1991; Fromme, Stroot y Kaplan, 1993).

Ya se mencionó que este tipo de evaluación posee ventajas si se trata de analizar la conducta del bebedor pero posee desventajas si se pretende evaluar un funcionamiento familiar.

3.2. EVALUACION DEL ALCOHOLISMO DESDE EL ENFOQUE SISTEMICO EN PSICOLOGIA

El empleo de la teoría de sistemas en el estudio de la familia es muy ventajoso. Como se vio en el capítulo anterior, permite conocer la estructura y funcionamiento de un sistema, entendiendo que éste, al ser afectado por situaciones externas, tales como el alcoholismo, variará en su configuración y desenvolvimiento. Ello posibilita conocer las demandas de atención psicológica de los miembros y por otro lado, la forma en que el clínico ha de satisfacerlas.

Los hallazgos provenientes de la terapia familiar han surgido lentamente en lo que respecta a la evaluación como primera fase en el manejo terapéutico del grupo familiar.

Steinglass, Bennet, Wolin y Reiss (1989) realizaron una revisión de la bibliografía de la terapia familiar para el alcoholismo, encontrando que es útil en el tratamiento. Acláran que todos los enfoques de familia han sido eficaces. Por otra parte hallan que la participación de un cónyuge no alcohólico en un programa mejora de manera significativa la posibilidad de que el bebedor también participe en el mismo.

Asimismo, se halla que el modelo dominante en la clínica es influido por los principios filosóficos de grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, entre otros, de "tratamiento separado pero similar".

La mayoría de los estudios realizados por los distintos enfoques y por la terapia familiar evalúan sus tratamientos y se basan siempre en un diagnóstico como punto de partida para aquellos.

La evaluación del tratamiento del alcoholismo se ha estudiado desde 1909 aproximadamente, sin embargo, en 1967 se conoce que solamente dos de cada cuarenta y nueve estudios son aceptados como investigación generalizable debido a su diseño, medidas, análisis y reporte de resultados (Op. Cit., 1977).

Apegándose al enfoque de sistemas, en 1967 Minuchin comienza estudiando conductas de agresión y delincuencia a través de medidas de patrones en la comunicación, conductas ejecutivas y relaciones afectivas; el instrumento empleado fué el Wiltwyck Family Task and Family Interaction Aperception Technique (Tareas de interacción estructuradas y técnicas de apercepción de interacción familiar) con una muestra de 33 familias.

A raíz de estos trabajos, tanto las técnicas de diagnóstico como de tratamiento se fueron perfeccionando dependiendo unas de las otras con mayor intensidad.

3.2.1. ANALISIS DE ALGUNOS INSTRUMENTOS USADOS EN TERAPIA FAMILIAR PARA EL ALCOHOLISMO

La terapia familiar ha empleado instrumentos de evaluación desde hace algunas décadas.

Barnard (Op. Cit.) realizó una revisión minuciosa de las técnicas de evaluación diagnóstica de familias con un alcoholíco. En 1966, Watzlawick evaluó interacciones y procesos de la familia; en 1967, Minuchin y cols. evaluaron familias ejecutando tareas; Kwiatkowska, observó la funcionalidad de cada miembro; en 1967 y 1972, Papp y Simon evaluaron sentimientos, utilización del espacio, coaliciones y actitudes; en 1970, Bing y 1974, Rubin y Magnussen, evaluaron la unión familiar; en 1979, Irwing y Mallory evaluaron a la familia.

Es evidente que este enfoque se adentra mucho más en las características y propiedades del grupo familiar dando pauta para intervenciones más globales y por lo tanto más eficaces. Con referencia a instrumentos se conocen: Inventario de Vinculo Familiar, que es apropiado para familias donde existe el alcoholismo; Escala de evaluación familiar Beavers-Timberlawn; Escala de ambiente familiar; Modelo HVF (Historia de vida de la familia); Test autoadministrado de selección sobre alcoholismo; SCL-90 (Lista autoadministrada de síntomas).

Con la mayoría de estos cuestionarios se detecta la influencia del sistema familiar en el problema presente pero no se logra identificar el grado de afectación de cada uno de los miembros, resultando en una limitación importante puesto que, al suponer alteración en cada elemento del sistema, el instrumento debería ser capaz de identificar esta alteración.

Aunque los instrumentos provenientes del enfoque sistémico son numerosos, a continuación se describen brevemente algunos hallados en la literatura, así como un análisis de la utilidad para el diagnóstico del alcoholismo familiar.

ESCALA DE CLASIFICACION DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA FAMILIAR (SFSR, Siglas en inglés), basada teóricamente en la tradición de Minuchin sobre el sistema familiar estructural, es un intento para destacar la forma en que los terapeutas familiares podrían conceptualizar el funcionamiento familiar. Al evaluar los efectos del tratamiento en la familia, es posible observar el impacto de la terapia sistémica en todas sus dimensiones.

Se administra en dos pasos: aplicación de las tareas familiares estandarizadas y, conducción de la escala de clasificación del funcionamiento. Esta escala evalúa las respuestas de la familia a las tareas a través de seis dimensiones: estructura, flexibilidad, resonancia, estadio de desarrollo, paciente identificado y solución de conflictos. Las características de las dimensiones ofrecen una medida total de la patología y funcionamiento familiar.

Szapocznik, Rio, Hervis, Kurtines y Faraci (1991) describen el uso de la escala, la cual consiste en que un terapeuta entrenado observe el videotape de la familia en la ejecución de las tareas y ubique sus respuestas en la clasificación y esto permite obtener información relevante antes, después y en el seguimiento del tratamiento.

Aunque no se reporta su aplicación en la evaluación del alcoholismo, abarca algunas de las dimensiones conductuales que se ven afectadas cuando existe la enfermedad.

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR (FES, Siglas en inglés), se compone de 90 ítems con 10 subescalas que miden tres áreas del clima social de la familia. Se

evalúa la cohesión; expresividad; conflictos; independencia; orientación al logro; orientación intelectocultural; actividad recreativa; énfasis moral religioso; organización y control y; cambio. La medida de incongruencia en la familia indica cómo muchos miembros no están de acuerdo con el clima que viven.

Hoos, Finney y Cronkite (1990) señalan que la FES puede usarse para describir los puntos de vista de la familia de un paciente alcohólico durante y después del tratamiento.

Una de sus desventajas es que la evaluación se realiza en cierto periodo del funcionamiento familiar por lo que el término *clima* social limita el conocimiento de dicho funcionamiento por más tiempo.

Sin embargo, esta escala abarca áreas importantes que denotan patología en las interacciones cuando hay alcoholismo en la familia.

Natera y Casco (1990) reportan el uso de dos instrumentos en la investigación sobre familia: el que se denomina "*LOCALIZACION DEL CONTROL*", se ha utilizado mucho al estudiar las conductas asociadas con el consumo excesivo de alcohol. Se supone que, mientras más control interno se tiene, menor es el consumo de alcohol.

Una de sus ventajas consiste en que analiza factores internos que reducen o incrementan el consumo y por ende sus consecuencias. No obstante, el instrumento es aplicable a un sólo sujeto y no a la familia en su conjunto.

El segundo instrumento descrito es *SALUD Y VIDA COTIDIANA*. A través de este instrumento se ha encontrado que las esposas de pacientes alcohólicos tienen mayor tendencia a experimentar estados depresivos, más aislamiento

social, mayor número de discusiones familiares y menos facilidad para enfrentarse a las situaciones de tensión.

Estas autoras reportan además que las parejas de A.A. y las de bebedores normales funcionan de manera semejante.

Con este instrumento se puede evaluar el funcionamiento habitual de las cónyuges lo cual se convierte en una alternativa al tratamiento del subsistema conyugal ante la presencia del alcoholismo. Sin embargo el subsistema de los hijos no es evaluado.

ESCALA DE FAMILIA DE ORIGEN (FOS, Siglas en inglés), se basa en que la familia saludable desarrolla autonomía, mediante la claridad de expresión, responsabilidad personal, respeto por los demás miembros y apertura a otros en la familia y conducta abierta hacia la separación y la pérdida. Del mismo modo, desarrolla intimidad por medio de la expresión de una variedad de sentimientos, creando una atmósfera propicia en la casa, resolviendo conflictos sin caer en el estrés promoviendo la sensibilidad de los miembros.

Este instrumento proporciona una medida total del grado de salud percibido en la familia de origen. Se compone de 40 ítems en una escala tipo Likert de 5 puntos. A mayor puntaje en la escala mayor indicio de salud.

Holter (1982, Cit. en Hovestadt, Piercy, Anderson y Cochran, 1985), utilizó la FOS en 25 varones alcohólicos y 25 varones no alcohólicos. Un matrimonio alterado por el alcohol se conforma de un cónyuge que abusa del mismo y que puede identificarse como el factor principal de problemas en la pareja.

Esta escala posee varias ventajas, sin embargo evalúa a parejas en base a la familia de origen y además es para propósitos terapéuticos exclusivamente.

ESCALA DE EVALUACION FAMILIAR BEAVERS-TIMBERLAWN, analiza las percepciones de la familia como un sistema. Provee información sobre las siguientes dimensiones: sobreprotección, coalición parental; límites; mitos; negociación y metas; claridad de expresión; responsabilidad; invasiones; permeabilidad; rango de sentimientos; estado de ánimo; conflictos no resueltos; empatía y; salud-enfermedad. Su aplicación no es complicada y sirve como un mapa cognitivo para observar a la familia (Op. Cit., 1981).

Esta escala analiza mayor número de dimensiones superando en gran medida a las escalas anteriores lo cual indica una especialización en el análisis de la familia a través de este enfoque.

Los instrumentos descritos anteriormente analizan distintas dimensiones del funcionamiento familiar, sin embargo, ninguno profundiza en cuanto al papel que desempeña cada integrante del sistema alcohólico lo cual es el objeto de investigación de este trabajo, ya que se considera que al contar con una evaluación que analice con detenimiento este aspecto proporciona mayores elementos para el tratamiento del alcoholismo.

M E T O D O

SUJETOS

34 familiares de personas alcohólicas residentes en el estado de México. Las personas consideradas como alcohólicas eran del sexo masculino. Se entrevistó a las cónyuges y a los hijos mayores de 12 años. El promedio de edad de las cónyuges es de 37.5 años y el de los hijos es de 20 años. La escolaridad varía desde ningún tipo de instrucción hasta el nivel profesional (Cuadro 1).

Todos pertenecientes a la clase media baja y que accedieron a resolver los cuestionarios voluntariamente.

CUADRO 1. ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA

SUJETOS	ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
8	NINGUNA	23.5 %
8	PRIMARIA	23.5 %
8	SECUNDARIA	23.5 %
4	PREPARATORIA	11.7 %
4	SUPERIOR	11.7 %
2	COMERCIO	5.8 %

TOTAL:

34		99.7 %
----	--	--------

MATERIALES

34 Cuestionarios de preguntas abiertas

34 Lápices

34 Sobres tamaño carta

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO ALCOHOLICO.

Consta de 125 preguntas abiertas. Se divide en cinco partes con 25 preguntas cada una; cada grupo de preguntas corresponden a las conductas características de los siguientes roles: "facilitador", "héroe", "escapista", "ausente" y, "mascota".

Las preguntas exploran la conducta del entrevistado en relación al alcoholismo de uno de sus familiares y las necesidades de atención psicológica.

Este cuestionario es aplicable a cónyuges e hijos cuando el bebedor es el padre. El entrevistado responde por escrito sin importar el tiempo que emplee.

PROCEDIMIENTO

FASE 1. ELABORACION DEL INSTRUMENTO INICIAL:

Con base en la literatura se determinaron las áreas del funcionamiento familiar que son afectadas cuando existe un miembro alcohólico las cuales son: comunicación, toma de decisiones, roles, límites, solución de problemas, entre otras.

Para iniciar el análisis se consideraron tres de ellas y cada una se subdividió en los factores que las caracterizan. Debido a la extensión de los aspectos analizados, fué necesario considerar el área de ROLES para evaluarla, ya que proporciona una visión general del funcionamiento interno del sistema familiar.

Se elaboraron los reactivos relacionados con el área construyéndose el instrumento inicial de 330 preguntas abiertas (Ver ANEXO 1).

FASE 2. ELABORACION DEL INSTRUMENTO FINAL:

Para construir el instrumento que se aplicó a la muestra, del cuestionario previo se seleccionaron 125 reactivos de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Que manifestaran algún comportamiento representativo del rol según la teoría.

b) Que por la información que rastrean, pudiera condensarse en un solo reactivo.

De esta forma, el cuestionario se redujo a 125 preguntas abiertas para aplicar a familiares del bebedor mayores de 12 años. Simultáneamente, se elaboró un cuestionario breve para confirmar la existencia de la problemática del alcoholismo en el integrante que consume bebidas alcohólicas. (Ver ANEXOS 2 y 3).

FASE 3. APLICACION DEL INSTRUMENTO FINAL:

Se visitaron los domicilios de familias donde se tenía conocimiento de la existencia de un miembro con problemas por su forma de beber. Se explicó el objetivo de la investigación solicitando su participación voluntaria para contestar el cuestionario. Una vez que las familias aceptaron se aplicó el cuestionario para el bebedor. Después de haber corroborado la existencia de problemas en la familia por la forma de beber se conformó la muestra y se procedió a aplicar el cuestionario dirigido a los familiares.

Se proporcionó copia a los miembros que cubrieran los criterios de inclusión especificados, dándose un plazo de tres días para contestarlo.

FASE 4. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

Quando se recolectaron todos los cuestionarios ya resueltos se procedió a codificar las respuestas de cada pregunta para agruparlas por tipos de respuesta, posteriormente se clasificaron en categorías. Finalmente, se cuantificó el número de cónyuges e hijos cuyas respuestas correspondían a dichas categorías y se realizó el análisis estadístico de la información.

RESULTADOS

Los datos se dividen en información que proporcionan las cónyuges y los hijos de los bebedores; ésta se divide en conductas hacia su familia y hacia el bebedor, en ambos casos se presentan los indicadores conductuales principales y secundarios, los primeros se refieren a aquellas conductas que definen los roles que asumen los colaterales (familiares), así como las conductas secundarias de estos roles.

Se aplicó el análisis estadístico de Chi cuadrada (χ^2) para conocer las diferencias existentes entre los indicadores conductuales principales de cada rol.

CONYUGES

ROL DEL FACILITADOR

En las Figuras 1 y 2 se muestran los indicadores principales del rol del facilitador. En la primera se observan las conductas dirigidas al bebedor y en la segunda las conductas dirigidas a la familia.

Es significativo encontrar que todas las cónyuges manifiestan conductas como recoger el desorden que ocasiona el bebedor ($\chi^2(2) = 17.2; p > .05$); más de la mitad intentan tranquilizarlo mediante acciones como llevarlo a dormir o servirle café ($\chi^2(2) = 13.2; p > .05$), entre otras. También se preocupan por evitar que la gente conozca su forma de beber ($\chi^2(2) = 6.8; p < .05$), por este

CONDUCTAS REPORTADAS POR CONYUGES EN EL ROL DE FACILITADOR.

FIG. 1. CONDUCTAS ANTE EL BEBEDOR

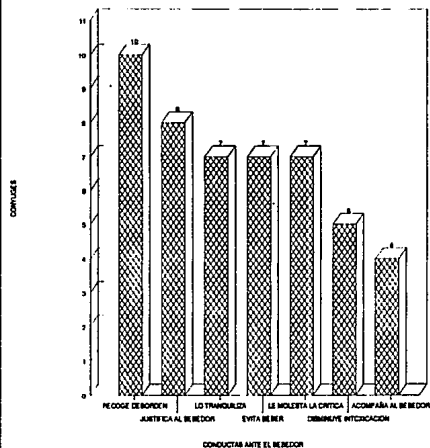
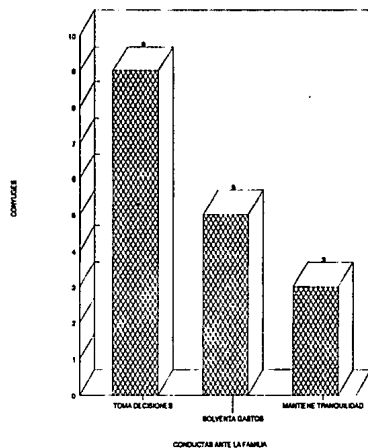


FIG. 2. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.



motivo impiden que beba ($\chi^2(2) = 2.0; p > .05$) y en caso de que consuma alcohol lo justifican y/o se molestan ante las críticas de los demás ($\chi^2(2) = 3.6; p > .05$).

En la Figura 2 se puede observar que la mayoría de las cónyuges asume las responsabilidades del hogar y toman las decisiones familiares importantes ($\chi^2(2) = 11.6; p > .05$), además, en ocasiones llegan a solventar los gastos del hogar ($\chi^2(2) = 7.6; p < .05$).

La Tabla 1 contiene los indicadores secundarios del rol de el facilitador, la mitad de éstos se presenta en las cónyuges.

La Chi cuadrada permitió determinar que la preocupación por evitar que la gente conozca el problema de alcoholismo que se vive en el hogar, así como asumir los gastos, son las conductas más significativas.

ROL DEL HEROE

En la Figura 3 se observan las conductas de las cónyuges dirigidas a la familia. A un considerable número de ellas las buscan sus hijos para realizar actividades, ya que generalmente se preocupan por proteger a la familia ($\chi^2(3) = 7.0; p > .05$). El resto de los indicadores conductuales se presenta en la mitad o menos de la mitad de las cónyuges.

La Figura 4 muestra que la mayor parte de las cónyuges hablan con el bebedor sobre su problema ($\chi^2(2) = 11.6; p > .05$), sin llegar a ofrecer estabilidad económica y emocional a su familia ante la gente, puesto que muy

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 1.

INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS
DEL ROL DEL FACILITADOR EN LAS CONYUGES.

INDICADORES	CONYUGES	INDICADORES	CONYUGES
BEBEDOR EN LA FAMILIA	34	QUIEN ES EL BEBEDOR CONYUGE	10
USO DE FUERZA PARA CONTROLAR AL BEBEDOR	6		
AYUDA DE FAMILIARES PARA TRANQUILIZAR AL BEBEDOR	7		
CUANDO ESTA EBRIO LE ESCONDEN OBJETOS PELIGROSOS	5		
EVITA QUE ASISTA A LUGARES DONDE BEBA	6	EL BEBEDOR REACCIONA TRISTE AGRESIVO	3 2
NO JUSTIFICA ANTE OTROS EL ESTADO EBRIO DE SU CONYUGE	6		
NO SE CULPA POR LA PROBLEMATICA	7	PORQUE NO HAY MOTIVO DE CULPA	4
PLATICA CON FAMILIARES SOBRE SU SENTIR	4	SU FAMILIA LE SUGIERE QUE HABLE CON EL	2
OPINA QUE SUS FAMILIARES TIENEN RAZON	3		
NO PIENSA QUE OTRO FAMILIAR TIENE LA CULPA	5		
NO PIENSA QUE OTRA PERSONA TIENE LA CULPA	7		
NECESIDAD DE DESCUIDAR ACTIVIDADES PERSONALES	7		
RESUELVE LOS PROBLEMAS DEL ALCOHOLISMO	4		
EL BEBEDOR IGNORA LA SOLUCION DE PROBLEMAS	4		

CONDUCTAS REPORTADAS POR CONYUGES EN EL ROL DE HEROE.

FIG. 3. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.

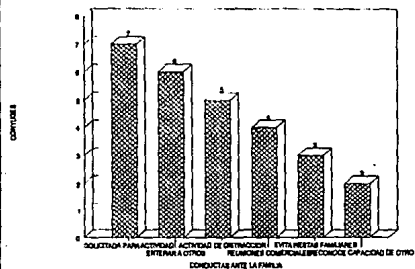


FIG. 4. CONDUCTAS ANTE EL BEBEDOR.

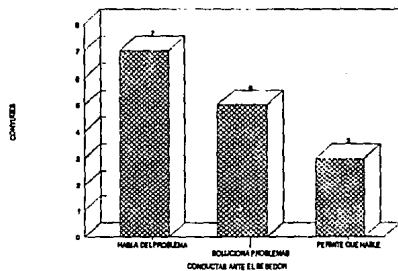
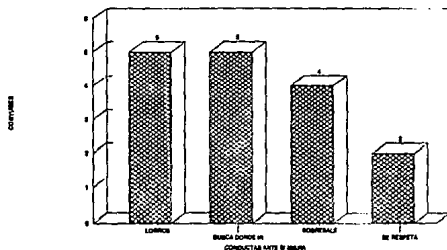


FIG. 5. CONDUCTAS ANTE SI MISMA.



pocas solucionan problemas del bebedor ($\chi^2(3) = 3.0; p > .05$), y permiten que él hable en las reuniones ($\chi^2(3) = 4.0; p > .05$).

En la Figura 5 se incluyen los indicadores conductuales personales que se relacionan con el problema del alcoholismo en la familia. En ella se observa que aproximadamente la mitad de las esposas presentan conductas encaminadas a su desarrollo personal, tales como buscar actividades de mejoramiento ($\chi^2(3) = 4.0; p > .05$), alcanzando logros significativos ($\chi^2(2) = 1.0; p > .05$).

La Tabla 2 contiene los indicadores secundarios del rol de el héroe, puede observarse que la mayoría de las cónyuges asiste a fiestas con su familia y participa en las actividades de distracción. Al indagar sobre la reacción del bebedor cuando se aborda el tema del alcoholismo, un elevado número de cónyuges reporta que tiende a justificarse o no aceptarlo.

El análisis estadístico reveló que no hay diferencias significativas entre las conductas descritas.

ROL DEL AUSENTE

En la Figura 6 puede observarse que un importante número de cónyuges participa en actividades y decisiones familiares ($\chi^2(2) = 10.8; p > .05$). Ninguna pretende desahogar sus sentimientos con otros ($\chi^2(2) = 6.8; p < .05$), ni utilizar indirectas para molestar a la familia ($\chi^2(2) = 11.6; p > .05$), además comentan con su familia lo que hacen fuera de casa.

TABLA 2.

INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS DEL ROL DEL HEROE EN LAS CONYUGES.

INDICADORES	CONYUGES	INDICADORES	CONYUGES
INTEGRANTE QUE PARTICIPA EN ACTIVIDADES DE DISTRACCION	6		
MOTIVA A LA FAMILIA PARA SALIR	5	PARA CONVIVIR	4
FIESTAS EN CASA EN FECHAS IMPORTANTES	6		
EL BEBEDOR IGNORA O SE MOLESTA CON LOS FAMILIARES CUANDO LE IMPIDEN HABLAR EN FIESTAS	5		
ASISTE A FIESTAS CON LA FAMILIA	7	PARA CONVIVIR	6
HA OBTENIDO EL BIENESTAR FAMILIAR COMO MAYOR LOGRO	4		
ES INDEPENDIENTE DE LA FAMILIA	1	AUTOSUFICIENCIA	1
SE CONSIDERA INDISPENSABLE PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS	5	POR SER RESPONSABLE DE LA FAMILIA	5
SIENTE SATISFACCION AL RESPONDER PROBLEMAS DEL BEBEDOR	4		
EL BEBEDOR SE JUSTIFICA O NO ACEPTA LO QUE SE DICE DE SU PROBLEMA	7		

CONDUCTAS REPORTADAS POR CONYUGES EN EL ROL DE AUSENTE.

FIG. 6. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA

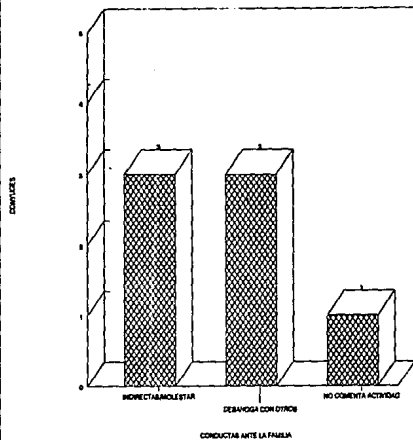
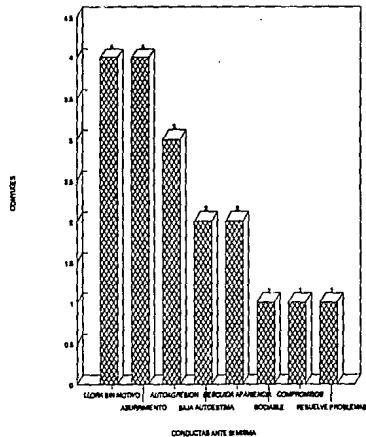


FIG. 7. CONDUCTAS ANTE SI MISMA



Cabe hacer notar que la conducta de ignorar el estado de embriaguez se presenta en a mayoría de las cónyuges ($\chi^2(2) = 5.0; p > .05$).

En la figura 7 se muestran los indicadores conductuales que corresponden al rol del ausente con respecto a su persona. En general se observa que muy pocas cónyuges manifiestan conductas de aislamiento o no asertividad, tales como llorar por cualquier motivo ($\chi^2(2) = 4.4; p > .05$), sentirse aburrída ($\chi^2(2) = 8.4; p < .05$), marcada ausencia del hogar ($\chi^2(2) = 6.8; p < .05$), descuido físico ($\chi^2(2) = 6.5; p < .05$), autoagresión ($\chi^2(2) = 5.2; p > .05$), y baja autoestima ($\chi^2(2) = 3.8; p > .05$).

El análisis estadístico probó la significancia de cuatro de los indicadores conductuales de este rol.

De acuerdo a los datos que se observan en la Tabla 3, se puede decir que la mayoría de las esposas no presentan las conductas secundarias de este rol.

ROL DEL ESCAPISTA

Las conductas de las esposas ante su familia y hacia sí mismas se muestran en las Figuras 8 y 9, en la primera de éstas se observa que la mayoría de las cónyuges se considera inteligente para realizar actividades ($\chi^2(2) = 6.8; p < .05$), la mitad cree no necesitar ayuda ($\chi^2(2) = 3.0; p > .05$) y un igual número expresa sentir tristeza permanente ($\chi^2(2) = 6.8; p < .05$).

De acuerdo a los resultados presentados en la Figura 9, puede decirse que la mayoría de las cónyuges no presenta conductas antisociales para evitar las crisis

TABLA 3.

INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS DEL ROL DEL AUSENTE EN LAS CONYUGES.

INDICADORES	CONYUGES	INDICADORES	CONYUGES
NO COOPERA EN EL ARREGLO DEL HOGAR	2		
HAY PELEAS DEBIDO AL ALCOHOLISMO	7	PARTICIPAN LOS CONYUGES	4
PARTICIPA SIEMPRE EN LAS PELEAS	8	DEBIDO A QUE A TODOS LES AFECTA DEBIDO A QUE NO LE AGRADA LA CONDUCTA DEL	4
SIEMPRE DICE "GROSERIAS" EN LAS PELEAS	7		
NUNCA ROMPE COSAS DURANTE LOS PLEITOS	7		
NO TIENE SENTIMIENTO DE SUPERIORIDAD	10		
ACTUA CON RESPONSABILIDAD ANTE LA FAMILIA	5		
ACTUA INDIFERENTE ANTE EL BEBEDOR	4		
AYUDA A LA FAMILIA HABLANDO	6		
SU RENDIMIENTO PERSONAL ES REGULAR	4		
NO HA COMETIDO DELITOS NI ADQUIRIDO VICIOS	8		

CONDUCTAS REPORTADAS POR CONYUGES EN EL ROL DE ESCAPISTA.

FIG. 8. CONDUCTAS ANTE SI MISMA.

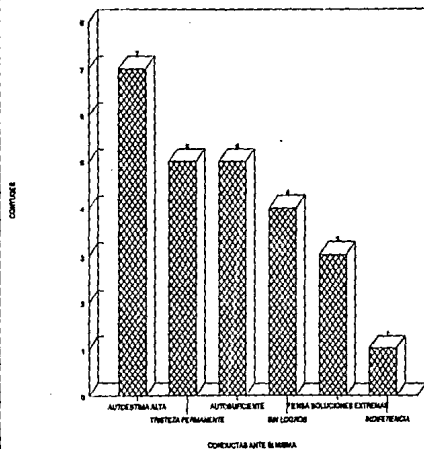
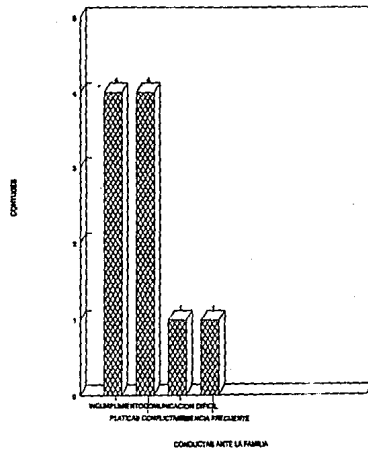


FIG. 9. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.



familiares debidas al alcoholismo ya que cumplen los acuerdos ($X^2(2) = 1.2$; $p > .05$), se comunican con dificultad ($X^2(2) = 16.4$; $p > .05$), no existen enfrentamientos verbales en la familia ($X^2(2) = 3.0$; $p > .05$) y no se ausentan del hogar ($X^2(2) = 7.6$; $p < .05$).

En cuanto a las conductas dirigidas al bebedor se encontró que la mitad de las cónyuges manifestaron evadir las conversaciones referentes al alcohol ($X^2(3) = 1.0$; $p > .05$).

De los indicadores conductuales principales, solamente tres fueron significativos según la prueba estadística.

Es importante mencionar que la mayor parte de la muestra reporta que siempre expresa su forma de pensar hablando y que es invitada a participar en las actividades familiares, sin embargo, estas conductas no pueden clasificarse como antisociales. Estos datos se muestran en la Tabla 4.

ROL DE LA MASCOTA

En la Figura 10 y 11 se presentan los indicadores conductuales hacia su persona y hacia su familia. La mayoría de las cónyuges se considera afectada por el problema del alcoholismo ($\chi^2(2) = 4.4; p > .05$). Aproximadamente la mitad admite bromear ante los problemas familiares ($\chi^2(2) = 5.2; p > .05$) y vigilar a la familia para disminuir la tensión existente ($\chi^2(2) = 3.6; p > .05$).

La conducta de buscar ayuda para el bebedor ($\chi^2(2) = 3.0; p > .05$), se presenta en menos de la mitad de los casos.

En la Tabla 5 se observan las conductas secundarias del rol de la mascota, la mayor parte de las esposas no presentan dichas conductas.

Para este rol, no se encontraron diferencias con la aplicación de la prueba estadística en ninguno de los reactivos.

CONDUCTAS REPORTADAS POR CONYUGES EN EL ROL DE MASCOTA.

FIG. 10. CONDUCTAS ANTE SI MISMA.

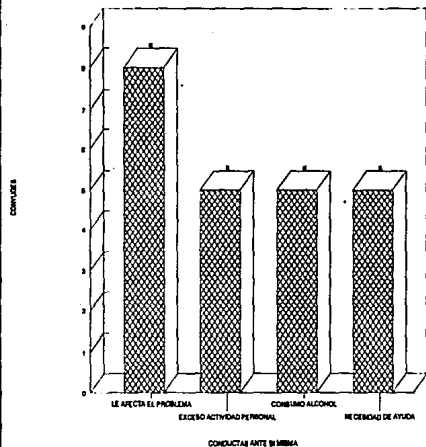


FIG. 11. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.

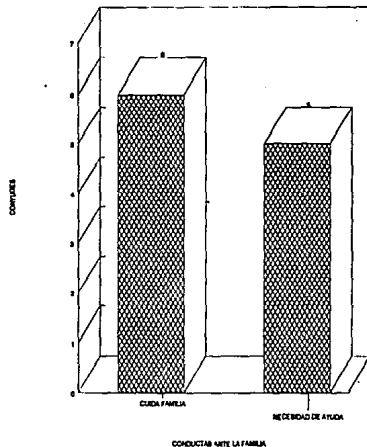


TABLA 5. INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS DEL ROL DE LA MASCOTA EN LAS CONYUGES.

INDICADORES	CONYUGES
LA FAMILIA OPINA QUE ES ESCANDALOSA	1
NO FALTA A CASA POR ANDAR CON AMIGOS	10
NO INVITA A AMIGOS PARA HACER FIESTAS	10
LA FAMILIA NO OPINA SOBRE SU COMPORTAMIENTO	4
LA FAMILIA NO SE MOLESTA POR SU FORMA DE EXPRESARSE	8
NO REALIZA ACTIVIDADES PELIGROSAS	9
NO HA TENIDO PROBLEMAS LEGALES	4
SOLUCIONA PROBLEMAS SIN CONSULTAR A SU FAMILIA	5
LA FAMILIA LA CONSIDERA RESPONSABLE	8
DESVIA LA ATENCION DE LA FAMILIA ANTE EL ALCOHOLISMO	3
NO LA CONSIDERAN SIMPATICA	7
CONDUCTA NORMAL FUERA DE CASA	8
RESPONDE CUALQUIER COSA SOBRE SU FAMILIAR QUE BEBE	4
LA FAMILIA SE MOLESTA CUANDO ELLA BEBE	1
RESULTADOS AL OBTENER AYUDA EXTERNA	4
OPINA QUE SU CONDUCTA ES INESTABLE	1
LOS DEMAS OPINAN QUE SU CONDUCTA ES BUENA	6
REQUIERE AYUDA PROFESIONAL	1

HIJOS

ROL DEL FACILITADOR

En las Figuras 12 y 13 se presentan los indicadores dirigidos al bebedor e indicadores dirigidos a la familia en el rol del facilitador.

La mitad reporta conductas representativas del rol, tales como tranquilizar al bebedor ($\chi^2(2) = 6.3; p < .05$) y molestarse ante las críticas ($\chi^2(2) = 10.3; p > .05$). Un importante número recoge el desorden que causa ($\chi^2(2) = 15.6; p > .05$), evita que beba ($\chi^2(2) = 14.3; p > .05$) y le ayuda a disminuir su grado de embriaguez ($\chi^2(2) = 8.3; p < .05$).

Una mínima parte solventa los gastos del hogar ($\chi^2(2) = 12.0; p > .05$), procura mantener la tranquilidad ($\chi^2(2) = 12.0; p > .05$) y toma decisiones frente al problema del alcoholismo ($\chi^2(2) = 12.0; p > .05$).

De estas conductas, únicamente la de tranquilizar al bebedor y disminuir su grado de embriaguez, señalan diferencias significativas con relación a las demás.

La Tabla 6 presenta las conductas secundarias del rol del facilitador, la mayoría de los hijos presenta pocos indicadores de este rol.

ROL DEL HEROE

En este rol, el indicador de más ocurrencia en los hijos es el de ser buscado por la familia para realizar actividades ($\chi^2(3) = 8.9; p < .05$), a diferencia de

CONDUCTAS REPORTADAS POR HIJOS EN EL ROL DE FACILITADOR.

FIG. 12. CONDUCTAS ANTE EL BEBEDOR.

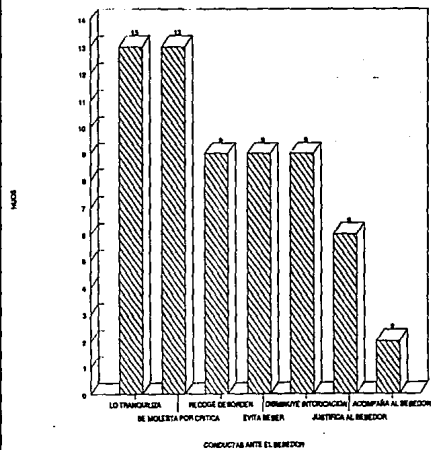


FIG. 13. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.

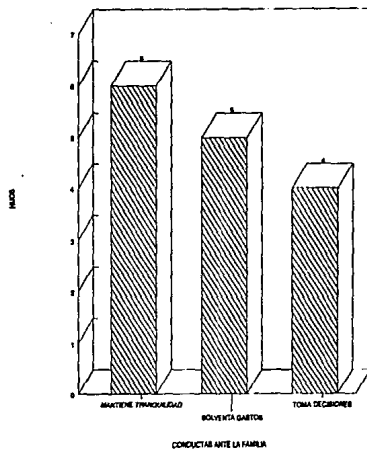


TABLA 6.

**INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS
DEL ROL DEL FACILITADOR EN LOS HIJOS.**

INDICADORES	HIJOS	INDICADORES	HIJOS
BEBEDOR EN LA FAMILIA	34	PAPA	24
USA LA FUERZA PARA CONTROLAR AL BEBEDOR	6		
NECESITÁ LA AYUDA DE OTROS FAMILIARES PARA TRANQUILIZAR AL BEBEDOR	10		
EVITA QUE ASISTA A LUGARES DONDE PUEDE BEBER	7	REACCIONA AGRESIVO	6
JUSTIFICA ANTE OTROS EL ESTADO DE EMBRIAGUEZ DEL BEBEDOR	3		
NO SIENTE CULPABILIDAD POR LA PROBLEMÁTICA	17	PORQUE NO HAY MOTIVO	9
LA FAMILIA PLÁTICA CON EL SOBRE SU SENTIR	6	LE DICEN QUE HABLE CON EL O LO LLEVE A AYUDA EXTERNA	3
OPINA QUE OTRAS PERSONAS NO ENTIENDEN LO QUE LE PASA A SU FAMILIA	1		
CREE QUE OTRA PERSONA TIENE LA CULPA	3	AMIGOS	3
TIENE LA NECESIDAD DE DESCUIDAR ACTIVIDADES PERSONALES	5		
RESUELVE PROBLEMAS HABLANDO O ACTUANDO	9		
EL BEBEDOR REACCIONA IGNORANDO A LA FAMILIA O TRATANDO DE CAMBIAR	11		

evitar que la familia asista a fiestas ($\chi^2(2) = 22.0; p > .05$), siendo éste el indicador menos frecuente, esto se observa en la Figura 14.

Por lo que se observa en la Figura 15, puede decirse que la mayoría de los hijos permite que el bebedor hable de su problema en las reuniones ($\chi^2(3) = 8.9; p < .05$). De manera similar, tienden a solucionar sus problemas ($\chi^2(3) = 23.5; p > .05$) y hablar con él acerca de su forma de beber ($\chi^2(2) = 5.0; p > .05$). Todas estas conductas son las más representativas del rol.

La Figura 16 muestra las conductas personales de los hijos en relación al problema del alcoholismo. La mayoría creen ser respetados por los demás miembros de la familia ($\chi^2(2) = 5.3; p < .05$), sobresalir en actividades personales ($\chi^2(2) = 5.5; p < .05$), obtener logros ($\chi^2(3) = 43.9; p > .05$) y prefieren estar en el hogar.

Para el caso de este rol la Chi cuadrada arrojó valores significativos para la mitad de las conductas principales.

En la Tabla 7 se observan los indicadores secundarios representativos de este rol, de los cuales, asistir a fiestas con su familia, admitir que su vida ha cambiado por logros personales, considerarse indispensables para solucionar problemas y festejar en casa fechas especiales, son conductas que realizan la mayoría de los hijos.

ROL DEL AUSENTE

Por lo que se observa en la Figura 17, puede decirse que la mayoría de los hijos participan en las actividades y decisiones familiares ($\chi^2(3) = 43.9; p > .05$),

CONDUCTAS REPORTADAS POR HIJOS EN EL ROL DE HEROE.

FIG. 14. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.

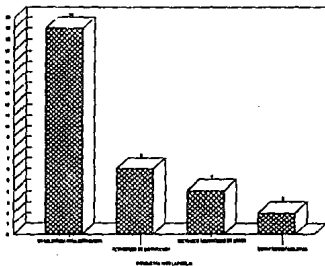


FIG. 15. CONDUCTAS ANTE EL BEBEDOR.

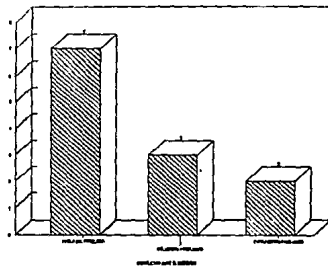


FIG. 16. CONDUCTAS ANTE BI BEBIDAS.

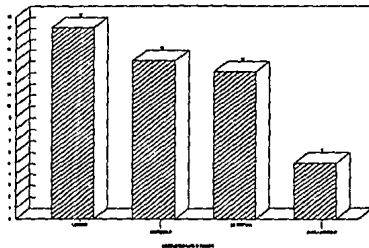


TABLA 7.

**INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS
DEL ROL DEL HEROE EN LOS HIJOS.**

INDICADORES	HIJOS	INDICADORES	HIJOS
LA FAMILIA PARTICIPA EN ACTIVIDADES DE DISTRACCION	8		
MOTIVA A LA FAMILIA PARA SALIR	5	PARA CONVIVIR	5
FESTEJA EN CASA FECHAS ESPECIALES	10		
EL BEBEDOR IGNORA CUANDO SE LE IMPIDE HABLAR EN FIESTAS	3		
ASISTE A FIESTAS CON LA FAMILIA	13		
SU VIDA A CAMBIADO POR LOGROS PERSONALES	13		
SE SIENTE INDEPENDIENTE DE SU FAMILIA	7		
SE CONSIDERA INDISPENSABLE PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS	11		
SE SIENTE SATISFECHO AL RESOLVER PROBLEMAS DEL BEBEDOR	6		
EL BEBEDOR NO ACEPTA SU PROBLEMA CUANDO SE HABLA DE ESTE	2		

no pretenden desahogar el daño que les causa el problema con algún miembro de la familia ($\chi^2(2) = 18.0; p > .05$), tampoco utilizan indirectas para molestar a los demás ($\chi^2(2) = 27.0; p > .05$). Asimismo, comentan lo que hacen fuera de casa ($\chi^2(2) = 11.0; p > .05$).

La conducta de los hijos consiste en prestar atención al bebedor cuando se encuentra en estado de embriaguez ($\chi^2(2) = 8.3; p < .05$).

La Figura 18 presenta las conductas personales que se relacionan con el alcoholismo. Cabe resaltar que de estos indicadores, el que presenta mayor ocurrencia es el de la frecuente relación con otros (sociable) ($\chi^2(3) = 13.0; p > .05$).

Los valores de Chi cuadrada en este caso no fueron significativos a excepción de prestar atención al bebedor cuando está ebrio.

La Tabla 8 muestra los indicadores secundarios del rol de el ausente, como puede observarse, la mayoría no posee sentimientos de superioridad.

CONDUCTAS REPORTADAS POR HIJOS EN EL ROL DE AUSENTE.

FIG. 17. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.

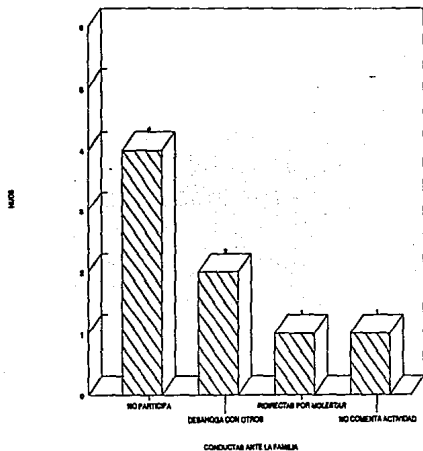


FIG. 18. CONDUCTAS ANTE SI MISMOS.

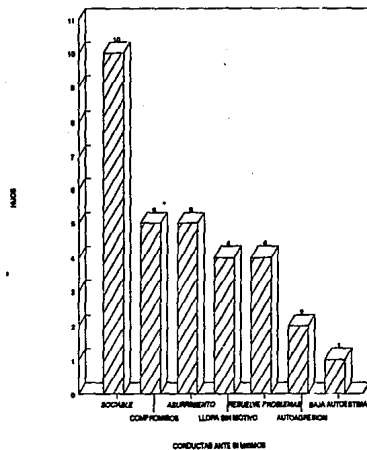


TABLA 8. INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS DEL ROL DE AUSENTE EN LOS HIJOS.

INDICADORES	HIJOS	INDICADORES	HIJOS
NO COOPERA EN EL ARREGLO DEL HOGAR	5		
HAY PELEAS FAMILIARES DEBIDO AL ALCOHOLISMO	12	PARTICIPAN: TODOS PADRES HIJOS	7 4 1
NO PARTICIPA EN LAS PELEAS	9		
CUANDO PARTICIPA EN LAS PELEAS UTILIZA GROSERIAS	5		
EN OCASIONES DURANTE LOS PLEITOS ROMPE OBJETOS	2		
NO POSEE SENTIMIENTOS DE SUPERIORIDAD	19		
NO ACTUA CON RESPONSABILIDAD ANTE LA FAMILIA	0		
ACTUA CON INDIFERENCIA ANTE EL BEBEDOR	5		
NO AYUDA A SU FAMILIA	0		
SU RENDIMIENTO PERSONAL ES BAJO	1		

ROL DEL ESCAPISTA

De acuerdo a las características de la Figura 19, la mayoría de los hijos cumple acuerdos ($\chi^2(2) = 20.3; p > .05$), se comunica fácilmente ($\chi^2(2) = 12.3; p > .05$), no participan en conversaciones familiares conflictivas ($\chi^2(1) = 3.5; p < .05$) y no se ausentan con frecuencia del hogar ($\chi^2(1) = .5; p > .05$).

La mayoría de los entrevistados participa en las conversaciones sobre el alcoholismo ($\chi^2(3) = 16.4; p > .05$).

En la Figura 20 se encuentran los indicadores conductuales personales de los hijos relacionados con el alcoholismo. Puede observarse que la mayoría de los hijos se consideran inteligentes para realizar actividades ($\chi^2(2) = 8.6; p < .05$), a diferencia de los demás indicadores, esta conducta es la más frecuente.

La Chi cuadrada en estas conductas reveló que solamente las de no participar en conversaciones conflictivas y considerarse inteligente para realizar actividades presentan diferencias significativas.

La Tabla 9 muestra los indicadores del rol del escapista. De los 14 indicadores, únicamente el de esperar obtener logros personales a futuro tiene mayor frecuencia, sin embargo ésta representa la mitad de los casos.

ROL DE LA MASCOTA

De acuerdo a lo que se muestra en la Figura 21, se puede decir que la mayoría de los hijos no emite conductas para desviar la atención, puesto que no

CONDUCTAS REPORTADAS POR HIJOS EN EL ROL DE ESCAPISTA.

FIG. 19. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.

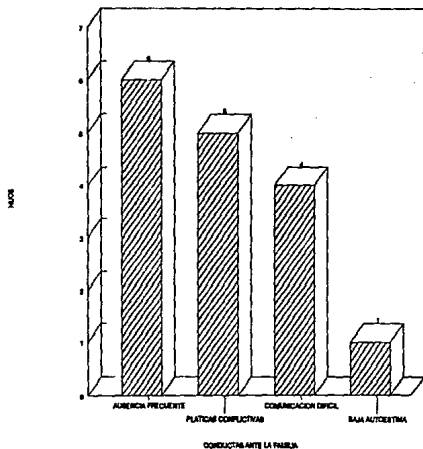


FIG. 20. CONDUCTAS ANTE SI MISMOS.

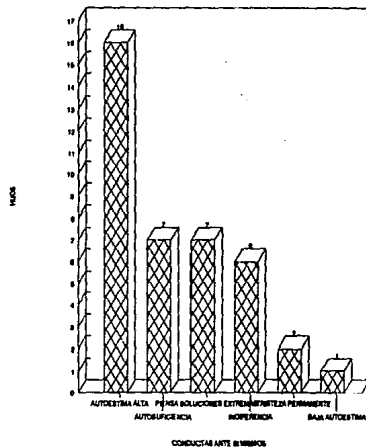


TABLA 9.

INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS DEL ROL DEL ESCAPISTA EN LOS HIJOS.

INDICADORES	HIJOS	INDICADORES	HIJOS
ACTUA ANTE EL ALCOHOLICO: ENOJADO	2		
INDIFERENTE	1		
NUNCA EXPRESA AFECTO O RECHAZO A SU FAMILIA	2		
SU FAMILIA NO LE EXPRESA AFECTO O RECHAZO	3		
SE ABSTIENE DE EXPRESAR SU FORMA DE PENSAR	1		
CON NADIE PLATICA SOBRE SU SENTIR	4		
ESTA EN DESACUERDO CON LAS PLATICAS FAMILIARES	2		
ES INDIFERENTE ANTE LAS PLATICAS FAMILIARES	2		
NO ES INVITADO A PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES FAMILIARES	1		
HAY MALENTENDIDOS EN LA FAMILIA	5	ENTRE LOS PADRES	3
NO INTENTA SOLUCIONAR LOS MALENTENDIDOS	6		
NUNCA SE ENCUENTRA EN LAS REUNIONES FAMILIARES	5	PORQUE NO LAS HAY	3
SE AISLA DE SU FAMILIA	4	SALIENDO DE CASA AISLANDOSE EN CASA	2 2
A FUTURO DESEA TENER LOGROS PERSONALES	14		
A FUTURO DESEA TENER LOGROS FAMILIARES	3		
SE CONSIDERA FISICAMENTE DESAGRADABLE	1		
SE COMPARA CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	2	PARA MEJORAR	2

vigilan a la familia ($\chi^2(2) = 6.6; p < .05$) ni bromean ante los problemas debidos al alcoholismo ($\chi^2(2) = 11.3; p > .05$).

La mayoría de los hijos no buscan ayuda para su familiar alcohólico ($\chi^2(1) = 2.3; p > .05$).

A través del análisis estadístico se pudo observar que solamente el no emitir conductas para desviar la atención, fué un indicador significativo.

En la figura 22 se presentan las conductas personales de los hijos relacionadas con el problema del consumo de alcohol, las cuales se encuentran en muy pocos casos.

En la Tabla 10 se observa un reducido número de hijos que presentan los indicadores conductuales secundarios del rol de la mascota.

CONDUCTAS REPORTADAS POR HIJOS EN EL ROL DE MASCOTA.

FIG. 21. CONDUCTAS ANTE LA FAMILIA.

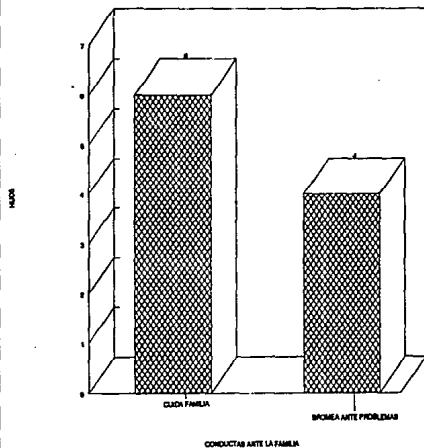


FIG. 22. CONDUCTAS ANTE SI MISMOS.

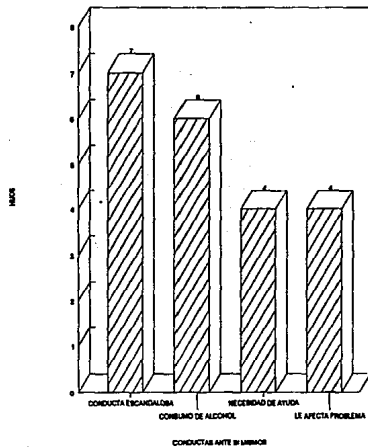


TABLA 10.

**INDICADORES CONDUCTUALES SECUNDARIOS
DEL ROL DE LA MASCOTA EN LOS HIJOS.**

INDICADORES	HIJOS
LA FAMILIA OPINA QUE ES ESCANDALOSA	7
FALTA A CASA POR ANDAR CON AMIGOS	4
INVITA A AMIGOS PARA HACER FIESTAS	2
LA FAMILIA ESTA DESACUERDO CON LA ACTITUD ANTERIOR	2
LA FAMILIA SE MOLESTA POR SU FORMA DE EXPRESARSE	3
PARTICIPA EN ACTIVIDADES PELIGROSAS	3
TIENE PROBLEMAS LEGALES	0
SOLUCIONA PROBLEMAS SIN CONSULTAR A SU FAMILIA	4
LA FAMILIA NO LO CONSIDERA RESPONSABLE	3
CAMBIA DE TEMA O BROMEA PARA DESVIAR LA ATENCION DE LA FAMILIA ANTE EL ALCOHOLISMO	6
LO CONSIDERAN SIMPATICO O GRACIOSO	3
ES SOCIABLE FUERA DE CASA	1
RESPONDE CUALQUIER COSA CUANDO LE PREGUNTAN SOBRE EL FAMILIAR QUE BEBE	5
REACCIONA CON MOLESTIA CUANDO SU FAMILIAR BEBE	3
NO SABE A QUIEN PEDIR AYUDA EXTERNA PARA SU FAMILIAR	1
OPINA QUE SU CONDUCTA ES INESTABLE	3
OTRAS PERSONAS OPINAN QUE SU CONDUCTA ES REGULAR	4
REQUIERE AYUDA EXTERNA PARA SI MISMO, YA SEA DE LA FAMILIA O DE UN PROFESIONAL	9

DISCUSION

La muestra estudiada en la presente investigación pertenece a un municipio del Estado de México, siendo éste el segundo lugar a nivel estatal, en el consumo de alcohol, tal como lo señala el Programa Nacional Contra el Alcoholismo y el abuso de Bebidas Alcohólicas realizado en 1986.

Debido a las características del cuestionario (extensión y complejidad de los reactivos), solamente se entrevistó a los miembros de las familias mayores de 12 años, tomándose en cuenta para ello, únicamente a los cónyuges e hijos, ya que éstos conforman el sistema familiar central en el que se manifiestan con mayor claridad las consecuencias del alcoholismo.

A nivel teórico, puede observarse que la ausencia de un consenso en la definición del alcoholismo provoca divergencias entre los autores que manejan una conceptualización inespecífica del objeto que estudian. La definición retomada para el presente trabajo (Jellinek, 1960), sirvió para establecer un criterio de selección de las familias que participarían y también para conocer algunas alteraciones familiares que se presentan de acuerdo a la fase que atraviese el miembro alcohólico.

Con respecto a la teoría de Jellinek, el instrumento elaborado para esta investigación no alcanzó a medir todos los aspectos que se refieren a la familia del bebedor en la evolución de la enfermedad; en la fase crítica Jellinek señala recriminaciones que el alcohólico recibe de sus familiares y la desconfianza que se genera por sus frecuentes promesas para dejar el alcohol.

Sin embargo, si se pudo identificar un cambio en las costumbres familiares, en la medida en que tienden a evadir el problema mediante sus salidas a reuniones, fiestas o paseos, como ocurre en el rol del héroe en las cónyuges e hijos.

Además, también se encontraron en las esposas indicios de cierta depresión, que como señala Jellinek le pueden llevar a desarrollar enfermedades psicosomáticas, puesto que todas las esposas manifestaron estados de tristeza permanentes.

Por otro lado, aún cuando la familia niega la necesidad de ayuda, las conductas que asumen ante el problema son un factor determinante para afirmar que requieren de atención, lo cual coincide con el planteamiento de Jellinek en la subfase 23, en la que señala que la situación que se vive en el hogar de un alcohólico es muy difícil. Lo anterior se confirma con el comportamiento de ignorar los estados de embriaguez que ocurren en el rol del ausente.

Asimismo, con la aplicación del instrumento se pudo relacionar el comportamiento de la familia del bebedor en torno a la fase crítica del alcoholismo, es decir, existe una coincidencia entre la enfermedad del alcohólico y el avance de la enfermedad en la familia.

Se puede afirmar también que la mayoría de las familias entrevistadas cuentan con los cuatro principios básicos que describen Steinglass y colaboradores (Op.Cit.), para determinar a una familia alcohólica puesto que la conducta de las cónyuges e hijos mayores se adapta a las características del comportamiento del bebedor, de esta manera, los principales indicadores conductuales (por ejemplo, recoger el desorden que ocasiona el bebedor, solventar los gastos del hogar,

preocuparse por que la gente no conozca la situación de la familia, ayudar a disminuir su grado de embriaguez y tranquilizarlo, entre otros), se catalogan como aquellas conductas reguladoras que caracterizan al sistema familiar alcohólico; viéndose que, a medida que éstas ocurren, se aprecia con mayor claridad la forma en que la familia se adapta progresivamente a las exigencias del alcoholismo. Gracias a estas conductas, la familia logra mantener el equilibrio necesario para su sobrevivencia. Es decir, en estos sistemas familiares el alcoholismo y las conductas que se derivan de él comienzan a ser los principios organizadores centrales de la vida de la familia.

Por otra parte, la dinámica familiar que genera el alcoholismo en las familias entrevistadas se caracteriza por la aparición de aquellas conductas que, al regular el comportamiento de los miembros cumplen la finalidad de mantener la homeostasis familiar ante los cambios provenientes del medio ambiente interno (cónyuge, bebedor, hijos) y externo (escuela, trabajo, amistades, otras familias).

En lo que se refiere a las fases del ciclo vital descritas por Estrada (1990), se determinó que todas las familias evaluadas se ubican en la fase de los hijos adolescentes (cuarta fase), que por sus características es problemática tanto para familias sanas como para familias con alguna alteración. Por esta razón los miembros de la familia se enfrentan a una doble crisis en su desarrollo, a diferencia de una familia sana que supera con éxito esta etapa.

En relación a la Teoría General de Sistemas, se observó que las cónyuges al recoger el desorden que causa el bebedor, tranquilizarlo y evitar que la gente se entere del problema están evitando la comunicación directa sobre el mismo, con

ello, invaden los límites de su pareja ya que la mayoría reconoció asumir las funciones que cotidianamente le corresponden al cónyuge, lo cual se aprecia claramente en los roles del facilitador y héroe.

En resumen, se puede decir que los límites en estas parejas son difusos, lo que conlleva a una retroalimentación negativa que impide el crecimiento del sistema.

También los límites con el exterior tienden a cerrarse cuando hay que enfrentar las críticas de los demás, lo que se observó en el rol del héroe.

Respecto a las jerarquías que existen en las familias se advirtió un intercambio en las funciones de protección, mantenimiento y responsabilidad del hogar, que asume la esposa ante los episodios del alcoholismo, esto es, el bebedor pierde temporalmente la jerarquía que por tradición tiene ante la familia.

Mediante la asunción de todas estas conductas las esposas intentan preservar el funcionamiento del sistema, sin llegar a advertir lo inadecuado del mismo.

En el caso de los hijos mayores, se pudo apreciar la existencia de alianzas con la madre, puesto que la mayor parte de éstos realiza conductas correspondientes al rol del facilitador, lo cual indica que ambos miembros, en un esfuerzo por mantener el sistema, forman una alianza. Debido a esta situación el hijo se traslada al subsistema parental ejerciendo actividades que apoyan la posición de su madre, dicha alianza se apreció en los roles del facilitador y héroe (hijos).

Sin embargo, en el rol del ausente, no se observó indiferencia, ya que tienden a prestar atención al bebedor cuando se encuentra ebrio, descartándose así la posibilidad de que asuman este rol.

A diferencia de lo que menciona Jellinek en la subfase 23 sobre la mala conducta y bajo rendimiento escolar de los hijos de alcohólicos, los hijos entrevistados manifestaron satisfacción por sus logros personales y escolares, lo que destaca en el rol del héroe. Por otra parte a los hijos menores de 12 años no se les administró el cuestionario, lo que imposibilitó conocer el rol que éstos juegan en la situación. Por esta razón, es importante profundizar en el análisis del alcoholismo como un conjunto de eventos que alteran la vida de los hijos puesto que, según la literatura esta etapa del desarrollo se ve seriamente afectada.

En contraste con la conducta de las madres, el hijo mayor reconoce la existencia de problemas en la familia a causa del alcoholismo, ya que presenta conductas opuestas al rol del escapista, como se mencionó anteriormente, se convierte en el principal apoyo para la actividad de su madre.

Aunque no se realizó una evaluación profunda, el instrumento sirvió para identificar áreas del funcionamiento familiar prioritarias para su atención. Así, el objetivo de la presente investigación pudo cumplirse en la medida en que se rastrearon las conductas principales y secundarias de los roles propuestos por Fanti (Op.Cit).

A la luz de estos resultados se plantea la necesidad de atención psicológica en todos los miembros de la familia, incluyendo el alcohólico, pero principalmente la cónyuge y los hijos mayores, ya que son estos elementos los que, mediante su comportamiento, pueden modificar la dinámica familiar presente en favor de la salud del sistema.

Por ello la exploración de los roles en familias alcohólicas, puede constituir la base para elaborar estrategias eficaces en el tratamiento del alcoholismo.

Finalmente se proponen algunas condiciones que deben prevalecer para la realización de futuras investigaciones puesto que en la presente existieron algunas limitaciones que afectaron el procesamiento de los datos, tales como: Las características psicométricas del instrumento, la extensión del mismo y la forma de presentar los reactivos, el tamaño de la muestra y el control de variables extrañas que influyen directamente en la validez de los resultados.

Las implicaciones teóricas y empíricas de la presente tesis se resumen en el planteamiento de que existen necesidades de atención prioritarias en el tratamiento del alcoholismo en la familia. A pesar de que sólo se realizó la fase de diagnóstico, es evidente que este funciona desde el primer contacto con la familia ya que la aplicación de técnicas diagnósticas eficaces es suficiente para atender esas demandas a corto plazo.

Se propone para futuras investigaciones el análisis de las otras áreas del funcionamiento familiar alcohólico, así como la depuración de distintas herramientas metodológicas en este campo. El alcoholismo, aún siendo un fenómeno multideterminado y poseer múltiples dimensiones, puede ser considerado por la psicología como un campo de estudio muy prometedor. Puesto que el atender a sistemas complejos como es el caso de la familia, le proporciona un crecimiento científico que la ubica como una de las ciencias especializadas en el manejo de conflictos actuales y como pionera dentro de la actividad clínica multidisciplinaria en México.

A N E X O S

ANEXO I

INSTRUMENTO INICIAL QUE ABARCA EL AREA DE ROLES

A) EL FACILITADOR

1. ¿Qué miembro de la familia tiene problemas con la bebida?
2. ¿Con qué frecuencia bebe?
3. ¿Ocasiona destrozos en la casa cuando se encuentra bebido?
4. ¿Alguien de la familia recoge estos destrozos? ¿Quién?
5. ¿Quién de la familia se preocupa por regresar el orden al hogar para evitar que se entere la persona que lo causó?
6. Cuando su familiar está bebido ¿quién trata de tranquilizarlo?
7. ¿De que forma logran tranquilizarlo?
8. ¿Tiene que intervenir alguien más para ayudarlo?
9. ¿Hay necesidad de aislarlo de los demás para evitar problemas severos?
10. ¿Es necesario esconder todo tipo de bebida dentro del hogar para evitar que su familiar lo consuma?
11. ¿Quién se encarga de ello y por qué razón?
12. ¿Alguien en casa toma medidas tales como, esconderle dinero, encerrarlo, etc., para evitar que tome? ¿Quién se encarga de ello?
13. En situaciones en que su familiar está bebido, ¿ha sido necesario esconderle objetos peligrosos como cuchillos, armas, etc.?

14. ¿Quién de la familia se encarga de ello?
15. ¿Ha existido la necesidad de enviar un acompañante con el bebedor para evitar que tome? ¿A quién?
16. Cuando su familiar toma en exceso, ¿es necesario hacer uso de la fuerza para tranquilizarlo? ¿Quién se encarga de ello?
17. ¿Hay necesidad de engañar al bebedor para llevarlo a sitios donde no tenga la oportunidad de beber?
18. ¿Es necesario esconderle las llaves del automóvil o la casa para evitar que haga destrozos? ¿Quién se encarga de ello?
19. ¿Su familiar alcohólico se ha dado cuenta de este tipo de intervenciones que realizan ustedes para evitar que tome?
20. ¿Cómo reacciona?
21. ¿Qué argumenta su familiar cuando trata de convencerlo para que no tome?
22. Cuando su familiar se encuentra en estado de embriaguez, ¿quién de la familia le presta la ayuda que necesite?
23. ¿Qué tipo de ayuda se le presta para sacarlo de ese estado?
24. ¿Es necesario que alguien de la familia mienta para justificar su estado de embriaguez?
25. ¿Qué argumentos utilizan para justificar esa forma de beber?
26. ¿Ha sido necesario disculpar su incumplimiento cuando se encuentra bebido?
27. ¿Quién se encarga de hacerlo?
28. ¿Alguien de la familia llega a culparse a sí mismo por lo que sucede en su hogar?

29. ¿Cuál es el motivo por el que esta persona se culpa?
30. ¿Alguien de la familia ha hablado con esta persona acerca de la culpabilidad que siente?
31. ¿Qué se ha hecho para disminuir la culpa de esa persona?
32. ¿A quién o a quiénes se culpa cuando su familiar bebe en exceso? ¿por qué?
33. ¿Tiene algo que ver su situación económica en esta problemática? ¿por qué?
34. ¿Se señala a alguien de la familia como el culpable directo de todos los problemas que hay en el hogar en especial la causa por la que su familiar beba en exceso? ¿a quién?
35. ¿A qué se debe ese señalamiento?
36. ¿Alguien de la familia trata de encubrir a su familiar cuando se encuentra bebido? ¿quién?
37. ¿Qué razones da para justificarlo?
38. ¿Alguien de la familia se muestra agresivo cuando se habla del familiar alcohólico? ¿quién?
39. ¿A qué se debe esta situación?
40. Por lo general ¿dónde acostumbra a beber su familiar?
41. ¿Ante qué situaciones acostumbra beber?
42. Cuando hay algún problema en la casa, ¿es necesario tranquilizar a su familiar dándole de beber?
43. ¿Quién de la familia toma esta medida con mayor frecuencia?
44. ¿Alguien de la familia tiene que atender las preferencias de su familiar en cuanto a bebida para evitar disgustos? ¿quién lo hace?

45. ¿Hay alguien en la familia que atienda a todo lo que su familiar alcohólico necesita?
46. ¿Alguien de la familia ha tenido que trabajar para cubrir los gastos del bebedor y del hogar?
47. ¿Quién se ha hecho cargo de la administración de los gastos del hogar desde que su familiar bebe en exceso?
48. ¿Quién se preocupa por el bienestar económico y emocional de la familia?
49. ¿Cómo se siente la persona que se ha dedicado a esto?
50. ¿Alguien de la familia ha abandonado sus proyectos de vida o sus actividades para atender las necesidades del hogar?
51. ¿Quién y por qué?
52. ¿Alguien toma las decisiones de la familia desde que su familiar bebe en exceso?
53. ¿Quién lo ha hecho y qué resultados ha obtenido?
54. ¿Cómo solucionan los problemas?
55. ¿Quién se ha hecho cargo de vigilar las responsabilidades y actividades del hogar?
56. ¿Quién se preocupa actualmente por conservar la tranquilidad del hogar? ¿cómo se siente?
57. ¿Qué es lo que hace para lograrlo?

B) EL HEROE

58. ¿Quién de la familia se empeña en organizar actividades de distracción para la familia?
59. ¿Qué tipo de actividades organiza?
60. ¿Quiénes de la familia aceptan participar en ellas?
61. ¿Esta persona se preocupa demasiado por evitar que personas ajenas al hogar se enteren de las dificultades que existen en la familia?
62. ¿Qué hace esta persona para evitarlo?
63. A partir de los problemas que se han presentado en casa, ¿alguien ha buscado refugio en otros sitios fuera del hogar? ¿a qué lugares acude?
64. ¿Alguien de la familia ha asistido con mayor frecuencia a la iglesia, templo, etc., debido a los problemas de la familia? ¿quién?
65. ¿Qué actividades lleva a cabo?
66. ¿A esta persona le interesa que la familia participe en actividades religiosas?
67. ¿Qué actitud asume usted cuando en una reunión social se hacen comentarios relacionados con el alcoholismo?
68. ¿Se ha percatado usted si alguien trata de desviar esa conversación hacia otros temas? ¿qué hace para lograrlo?
69. ¿Se permite que el alcohólico hable de su problema en reuniones sociales?
70. ¿Alguien se encarga de evitar que lo haga? ¿cómo lo hace?
71. ¿Algún integrante intenta cortar la conversación relacionada con el alcoholismo haciendo algo para llamar la atención?

72. ¿Qué hace?
73. ¿Con qué frecuencia hacen fiestas en su casa?
74. ¿Alguien de la familia en especial se niega a asistir a las fiestas donde es invitada la familia? ¿quién y cómo lo hace?
75. ¿Esta persona ha intentado convencer a la familia de que no asista? ¿cómo lo hace?
76. ¿Esa persona ha recurrido a la mentira para desprestigiar a las amistades de su familia?
77. Cuando la familia organiza o asiste a reuniones ¿esa persona finge enfermar, estar ocupada, etc., para no asistir?
78. ¿Alguien de su familia, desde su punto de vista, ha logrado superarse?
79. ¿En qué aspecto?
80. ¿Cuáles han sido sus logros?
81. ¿Quién de la familia ha terminado una carrera profesional?
82. ¿En qué área? ¿Ha logrado titularse?
83. ¿Ha estudiado alguna especialidad? ¿cuál?
84. ¿Esa persona ha recibido reconocimientos por aprovechamiento o eficiencia?
85. Mencione algunas oportunidades de progreso que se le han presentado a esa persona en comparación con los demás miembros de la familia.
86. ¿Hay alguien en la familia que ha demostrado realizar su trabajo muy bien?
¿Por qué cree usted que sea así?
87. ¿Cree usted que esta persona sea un elemento valioso para la empresa o negocio para el cual labora?

88. ¿Esa persona ha sido ascendida frecuentemente debido a su eficiencia?
89. En caso de haberle otorgado algún reconocimiento, ¿en qué ha consistido?
90. ¿Recibe usted un salario significativo de acuerdo a lo que desempeña?
91. ¿Ha tenido oportunidad de relacionarse con gente de nivel social más alto?
92. Debido a esto ¿se han generado cambios en su persona?
93. ¿Algún integrante de la familia ha formado ya su propia familia?
94. ¿Esa familia es independiente?
95. ¿Cómo son las relaciones con esa nueva familia?
96. ¿Cómo es la economía de esa familia?
97. ¿Cómo se desarrolla su familiar como parte de esa nueva familia?
98. ¿Algún integrante se ha separado de la familia y vive solo? ¿Quién?
99. ¿Qué opina usted de la decisión de esa persona?
100. ¿Esa situación ha ocasionado más problemas a la familia?
101. ¿Cómo es catalogada esa persona dentro de la familia?
102. ¿Alguien de la familia ha destacado en el deporte?
103. ¿Qué reconocimientos ha recibido?
104. ¿Algún integrante ha participado en el ambiente artístico?
105. ¿Qué actividad lleva a cabo en ese medio?
106. ¿Cuáles han sido sus logros?
107. ¿Alguien de la familia realiza actividades culturales?
108. ¿En qué consisten?
109. ¿Qué logros ha obtenido en esas actividades?
110. ¿Algún integrante lleva a cabo actividades políticas? ¿Quién?

111. ¿En qué lugar las realiza?
112. Describa brevemente en qué consisten esas actividades
113. ¿Alguien de la familia ha logrado establecer algún negocio propio o empresa?
114. ¿Este negocio ha tenido éxito?

C) EL ESCAPISTA

115. ¿Se presentan discusiones en la familia?
116. ¿Quiénes participan en ellas?
117. ¿Algún miembro de la familia evita participar en ellas?
118. ¿Quién es esa persona?
119. ¿Qué hace para evitar su participación?
120. ¿Quién de la familia no expresa su opinión durante las pláticas?
121. ¿Por qué piensa usted que esa persona actúa de esa forma?
122. ¿Qué hace ese integrante cuando se le pide su opinión?
123. ¿Quién de la familia muestra desinterés durante las discusiones?
124. Describa brevemente el comportamiento de esa persona
125. ¿Quién de la familia se altera fácilmente cuando hay situaciones difíciles?
126. Cuando se presenta alguna dificultad o enojo entre los miembros de la familia, ¿alguien responde agresivamente?
127. ¿Cómo lo hace?
128. ¿Esa persona utiliza "groserías" para agredir?

129. ¿Rompe o lanza objetos?
130. ¿Alguien de la familia tiende a golpear a los demás sin motivo aparente?
131. ¿Quién es esta persona y cómo reacciona usted?
132. ¿Esa persona hace comentarios mal intencionados para ofender a otros?
133. ¿Por qué cree usted que esa persona actúa de esa manera?
134. ¿Alguien de la familia se muestra altivo ante los demás?
135. ¿Esa persona hace comentarios o menosprecia a los demás?
136. Describa el comportamiento de esa persona
137. ¿Quién de la familia se golpea a sí mismo?
138. ¿En qué situaciones lo hace?
139. ¿Alguien de la familia se considera "poca cosa"?
140. ¿Cómo se comporta esta persona ante los demás en la familia?
141. Cuando se aborda un tema de importancia para toda la familia, ¿Alguien se porta indiferente contestando "sí", "no", "no sé"?
142. ¿Existen alguien en la familia que no participe en las decisiones que se tomen?
143. ¿Esa persona expresa abiertamente que las decisiones, acciones o planes familiares acordados carecen de importancia para él o ella?
144. ¿Cómo lo expresa?
145. ¿Alguien se niega a cooperar en el arreglo del hogar?
146. ¿Cómo responde esa persona cuando se le pide ayuda?
147. ¿Responde de la misma forma aún cuando los trabajos no sean pesados?
148. ¿Manifiesta cualquier pretexto para evadir la responsabilidad en el hogar?

149. ¿En qué consisten esos pretextos?
150. ¿Cómo es la participación de esa persona durante las actividades familiares?
151. ¿Existe algún integrante que casi no hable con los demás miembros de la familia?
152. ¿Esta persona no habla aunque necesite ayuda?
153. Cuando esta persona esta en desacuerdo con algo, ¿expresa su inconformidad?
154. ¿Esta persona tiene amigos?
155. ¿Cuántos amigos le conoce usted?
156. ¿Esta persona comenta en la casa las actividades que realiza con esos amigos?
157. ¿Comenta en general lo que hace fuera de la casa?
158. ¿Quién de la familia se muestra inconforme con los acuerdos que se toman?
159. ¿Esa persona nunca esta de acuerdo en las tareas que decide realizar toda la familia?
160. ¿Ha expresado abiertamente su inconformidad?
161. Cuando lo hace, ¿fundamenta su opinión?
162. ¿Algún miembro de la familia asume los acuerdos tomados solo porque la mayoría los acepta?
163. ¿Quién de la familia se niega a participar en las diversas actividades que realizan?
164. ¿Quién de la familia presenta apatía ante el estudio?
165. ¿Qué grado escolar cursa esta persona?

166. ¿Recuerda usted desde cuando ocurre esta situación?
167. ¿Esta persona tiene bajas calificaciones escolares?
168. ¿Tiene problemas frecuentes con amigos o compañeros?
169. ¿Cuáles son las quejas más comunes sobre esta persona?
170. ¿Quién de la familia es deficiente en su trabajo?
171. Describa como realiza esta persona su trabajo
172. ¿Esta persona ha descuidado su apariencia física?
173. ¿Tiene problemas frecuentes en su trabajo?
174. ¿Alguien de la familia sale de la casa sin tener permiso o sin avisar?
175. ¿Se le ha llamado la atención por su conducta?
176. ¿Cuál ha sido su respuesta?
177. ¿Contesta la verdad cuando se le pregunta a dónde va?
178. ¿Esa persona aprovecha los episodios de alcoholismo para salirse?
179. ¿Alguien de la familia ha entablado amistad con personas viciosas, pandilleros, vagabundos, etc.?
180. ¿Quién y por qué cree usted que lo hace?
181. ¿Se molesta cuando se le hace notar lo inconveniente de esas compañías?
182. ¿Esa persona hace lo mismo que sus amistades?
183. ¿Cómo ha cambiado su lenguaje a partir de que se junta con ellos?
184. ¿Sabe usted si esa persona ha llegado a utilizar armas (navajas, cuchillos, etc.) para lograr sus objetivos?
185. ¿Ha llegado a cometer robo, violación, asesinato, prostitución, etc.?

186. ¿Quién de la familia finge estar enfermo cuando se le llama la atención por su conducta?
187. ¿Esa persona finge enfermedad para no realizar sus actividades?
188. ¿Quién de la familia llora por cualquier motivo?
189. ¿Esa persona muestra debilidad ante situaciones difíciles?
190. ¿Por qué cree usted que esa persona actúa así?
191. ¿Algún integrante de la familia ha adquirido alguna adicción?
192. Diga quién y que tipo de adicción
193. ¿Cómo ha perjudicado esto a la familia?
194. ¿Alguien de la familia ha hecho algo para evitar este problema?

D) EL AUSENTE

195. ¿Quién de la familia expresa cariño o rechazo cuando no debe hacerlo?
196. ¿Esta persona siente temor cuando tiene que expresarse?
197. ¿Se le ha preguntado acerca de este temor? ¿qué contesta?
198. ¿Esta persona se ha acercado a alguien de la familia para comentar lo que siente?
199. ¿De qué forma se le ha ayudado?
200. ¿Cómo reacciona la familia ante esa ayuda?
201. ¿Esta persona se muestra evasiva o agresiva cuando debe exponer su punto de vista?

202. ¿Ha observado si esta persona se muestra ensimismada, distraída, como si tuviera algún problema?
203. ¿Se le ha notado confundido (a) por no saber a quien recurrir?
204. ¿Cómo reacciona ante los esfuerzos de la familia por reanimarlo?
205. ¿Qué tan constante es el desánimo de esta persona?
206. ¿Se ha investigado a qué se debe?
207. ¿Cuál ha sido el resultado de esta investigación?
208. ¿Quién de la familia se muestra reservado cuando se habla de su familiar alcohólico?
209. ¿Esta persona se comporta inconforme por lo que pasa en la familia pero no lo expresa abiertamente?
210. ¿Se le ha preguntado a esta persona por qué no expresa su molestia?
211. ¿Qué responde a esta pregunta?
212. ¿A esta persona se le nota insegura de que sus opiniones sean importantes?
213. ¿Se ha hecho algo en la familia para ayudar a esta persona?
214. ¿Qué es lo que se ha hecho?
215. ¿Qué resultados han obtenido?
216. ¿Ha tenido problemas con alguien de la familia debido a que no acepta comentarios u observaciones sobre su conducta?
217. ¿Reacciona agresivo cuando se critican sus actitudes ante el alcoholismo?
218. Describa cómo se dan estas actitudes.
219. ¿Esta persona ha dicho en algún momento que los demás son los que están mal y no él (ella)?

220. ¿Cómo reacciona la familia ante este hecho?
221. ¿Esta situación ha provocado que este integrante se aleje de la familia?
222. ¿Cómo han tratado de evitar esto?
223. ¿A quién de la familia se le dificulta hablar del problema del alcoholismo?
224. ¿Esta persona ha explicado el motivo de su dificultad?
225. ¿Podría usted ubicar desde cuando se comporta así esta persona?
226. ¿Quién de la familia rehúye toda comunicación con los demás?
227. ¿Conoce usted el motivo de ello?
228. ¿Quién de la familia malinterpreta lo que se dice y ello causa dificultades?
229. ¿Se le ha dado solución a esto?
230. ¿Suele interrumpir a los que hablan acerca del alcohólico con comentarios sin importancia?
231. ¿Esta persona muestra aburrimiento cuando se habla del alcoholismo?
232. ¿Parece olvidar todo lo que se dice del alcohólico?
233. ¿Esta persona pone pretextos para no conversar?
234. ¿Quién de la familia se muestra confundido cuando se pide su opinión ante problemas?
235. ¿Esta persona termina las pláticas con pleitos escandalosos?
236. ¿Ocasionalmente esta persona parece estar de acuerdo en todas las decisiones que se toman y luego las cuestiona?
237. ¿Esta persona expresa que es mejor hacer lo que él (ella) dice?
238. ¿Quién de la familia suele estar muy ocupado fuera del hogar?

239. ¿Esta persona acude con frecuencia a eventos de todo tipo en sus ratos libres?
240. ¿Es frecuente que salga con sus amigos?
241. ¿Esta persona prefiere estar con sus amigos que con la familia?
242. ¿Siempre tiene algún motivo para no estar en las reuniones familiares?
243. ¿Procura llevar trabajo a la casa para estar ocupado?
244. ¿Quién de la familia pone toda su atención en cubrir las necesidades de la casa?
245. ¿Se dedica esta persona a arreglar la casa cuando se discute?
246. ¿Considera usted que este comportamiento es exagerado?
247. ¿Quién de la familia prefiere leer, bailar, oír música, etc., cuando se presenta un episodio de alcoholismo?
248. ¿Ha observado si esta persona se refugia en el estudio por esa situación?
249. ¿Ha investigado por qué actúa así esa persona?
250. ¿A qué resultados han llegado?
251. ¿Quién de la familia acostumbra encerrarse en su habitación para evitar conversar?
252. ¿Ha notado usted cuáles son los temas que suele evitar esa persona?
253. ¿Ha manifestado alguna vez esta persona que se siente sola?
254. ¿Ha manifestado que no desea hablar con nadie de la familia?
255. ¿A qué cree usted que se deba?
256. ¿Cómo ha tratado de resolver esta situación?

257. ¿Quién de la familia prefiere observar que intervenir en algún problema familiar?
258. ¿Esta persona evita dar solución a los problemas aunque esté capacitada para ello?
259. ¿Esta persona aparenta estar de acuerdo aunque no entienda?
260. ¿Esta persona tiene más paciencia para escuchar a los demás que para resolver los problemas?
261. ¿Esta persona difícilmente se altera o disgusta por lo que se dice en la familia?
262. ¿Qué se ha intentado hacer para que este integrante sea más participativo?
263. ¿Qué se ha logrado?
264. ¿Quién de la familia es lento o flojo para sus actividades?
265. Cuando se presenta algún problema en la familia, ¿existe alguien que pierda los deseos de superarse?
266. ¿A qué se debe esto?
267. ¿Hay alguien en la familia que obtiene logros frecuentemente y se muestra indiferente por eso?
268. ¿A qué cree usted que se deba?
269. ¿Esta persona ha manifestado alguna vez que el futuro no tiene importancia o que no le interesa?
270. ¿Por qué cree usted que esta persona piensa así?

E) LA MASCOTA

271. ¿Ha tenido problemas con alguien de la familia debido a que propicia escándalos en la calle?
272. ¿Acostumbra esta persona faltar a la casa por días o sin avisar?
273. ¿Con qué frecuencia invita amigos a la casa para beber o hacer escándalos en la calle?
274. ¿Es necesario ir a buscarle a las fiestas?
275. ¿Utiliza "groserías" todo el tiempo que habla?
276. ¿Llama la atención por su forma extravagante de vestir?
277. ¿Suele hacer todo tipo de ruidos en la casa?
278. ¿Esta persona come en exceso debido a "sus nervios"?
279. ¿Con qué frecuencia gasta dinero en exceso?
280. ¿Quién de la familia participa en pleitos callejeros?
281. ¿Se le ha sorprendido usando armas?
282. ¿A esta persona le gusta realizar peripecias en motocicleta, automóvil, etc.?
283. ¿Con qué frecuencia se ausenta de casa para tener aventuras?
284. ¿Ha sabido usted si ese integrante roba?
285. ¿Han tenido algún problema legal a causa de esta persona?
286. Cuando hay problemas con el bebedor, ¿alguien de la familia pretexto cosas que hacer para no estar presente?
287. ¿Ignora las conversaciones concentrándose en sus actividades?

288. ¿Quién de la familia vigila todo el tiempo a los demás o a alguien en especial?
289. ¿Esta persona está pendiente de todo lo que sucede en casa?
290. ¿Esta persona soluciona problemas de forma inadecuada?
291. ¿Llega a olvidar sus propias actividades debido a su preocupación por los demás?
292. ¿En todo momento opina sobre la situación familiar?
293. ¿Quién de la familia reacciona todo el tiempo con bromas?
294. ¿Intenta convencer a los demás de que los problemas son pasajeros y que no se preocupen?
295. ¿Esta persona acostumbra tomar a juego sus responsabilidades?
296. Cuando hay algún problema en la familia, ¿esta persona busca el buen humor de los demás por medio de chistes?
297. ¿Responde con bromas cuando se pretende hablar con él (ella)?
298. ¿Intenta desviar la atención del problema hacia objetos que compra?
299. ¿Procura distraer al más afectado con algún obsequio?
300. ¿Descuida sus actividades por satisfacer las necesidades de los demás?
301. ¿Usted considera esto como un problema?
302. ¿Quién de la familia se dedica a animar al que se siente mal?
303. ¿Cómo lo hace?
304. ¿Esta persona nunca pierde el buen humor y siempre sonríe?
305. ¿Acostumbra platicar historias, chistes, etc., para distraer a la familia?
306. ¿Anima a la familia para realizar actividades de distracción?

307. ¿Procura alcanzar metas para animar a la familia?
308. ¿Intenta dar siempre buenas noticias para compensar los problemas que existen?
309. ¿Cree usted que a esta persona no le afecte el problema que existe en casa y por eso siempre está de buen humor?
310. Cuando hay algún problema, ¿ha notado que alguien reaccione con bromas y después quiera estar solo (a)?
311. ¿Ha notado si esta persona sale a caminar o distraerse después de un problema?
312. ¿Siempre está de buen humor pero se le ha sorprendido llorando a solas o despierto en la madrugada?
313. ¿Propicia situaciones animadas o divertidas cuando siente miedo a lo que pudiera suceder?
314. ¿Ha notado si esta persona pasa de la tristeza a la alegría?
315. ¿Evita hablar de problemas contestando con chistes?
316. ¿Reacciona con risa ante situaciones dolorosas?
317. ¿Ha hablado con este familiar acerca de su conducta?
318. ¿Esta persona pierde el apetito con frecuencia?
319. ¿Ha observado si esta persona falla en la escuela o trabajo a pesar de aparentar mucho ánimo?
320. ¿Esta persona enferma constantemente?
321. ¿Ha observado que tiene deseos de morir o suicidarse cuando está a solas a pesar de que se comporta distinto ante los demás?

322. ¿Quién de la familia ha intentado beber al igual que el alcohólico?
323. ¿Esta persona bebe cuando hay problemas?
324. ¿Qué medidas se han tomado para evitar que imite al bebedor?
325. ¿Quién de la familia ha tratado de buscar ayuda en familias o amigos?
326. ¿Sabe usted si ha buscado ayuda de algún profesional (psicólogo, médico, profesor, etc.)?
327. ¿Qué tipo de ayuda le han proporcionado respecto al problema del alcoholismo?
328. ¿Qué opina de esta actitud?
329. ¿Esta persona habla todo el tiempo de su problema?
330. ¿Cuál cree usted que sea el sentir de esta persona sobre el problema del alcoholismo?

ANEXO 2

INSTRUMENTO APLICADO A LA PERSONA QUE CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

NOMBRE

EDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

OCUPACION

ESCOLARIDAD

NUMERO DE INTEGRANTES EN SU FAMILIA

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA

AÑOS DE CASADO

NUMERO DE HIJOS - NOMBRES - EDADES - OCUPACION

1. ¿Te gustan las bebidas embriagantes?

2. ¿Cuántas veces bebes al mes?

3. ¿Qué tipo de bebida prefieres?

4. ¿Ante qué situaciones acostumbras beber?
5. ¿A qué edad comenzaste a beber habitualmente?
6. ¿En qué lugares acostumbras beber?
7. ¿Llegas a embriagarte cuando bebes?
8. ¿Te causa problemas tu manera de beber?
9. ¿Cómo te sientes emocionalmente después de beber?
10. ¿Cómo te comportas cuando te encuentras bebido?

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO ALCOHOLICO

NOMBRE (NO NECESARIO)

EDAD

ESTADO CIVIL

SEXO

OCUPACION

ESCOLARIDAD

NUMERO DE INTEGRANTES EN SU FAMILIA

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA

AÑOS DE CASADO

NUMERO DE HIJOS - NOMBRES - EDADES - OCUPACION

- 1.- ¿A alguien de tu familia le gusta beber? ¿a quién?
- 2.- ¿Acostumbra recoger el desorden que causa quien bebe?
- 3.- ¿Has tenido que hacer uso de la fuerza para controlar a tu familiar cuando este bebe?

- 4.- ¿Tratas con frecuencia de tranquilizar a la persona que bebe? ¿De qué manera?
- 5.- ¿Alguien más de la familia te ha ayudado a tranquilizar a tu familiar? ¿Quién y qué hace?
- 6.- ¿Qué cosas has intentado para evitar que tu familiar beba?
- 7.- ¿En qué situaciones ha sido necesario esconder a tu familiar objetos peligrosos (armas de todo tipo)?
- 8.- ¿Has tenido que acompañarlo o beber con él para tranquilizarlo?
- 9.- ¿Engañas a tu familiar para evitar que asista a sitios en donde tenga la oportunidad de beber? ¿Cómo reacciona?
- 10.-¿Qué haces para ayudar a tu familiar a disminuir el grado de embriaguez?
- 11.-¿Acostumbras mentirle a otras personas para justificar el grado de embriaguez de tu familiar? ¿Qué es lo que dices?
- 12.-¿Ha llegado tu familiar a faltar a sus responsabilidades por causa de la bebida?
- 13.-¿Te has visto en la necesidad de disculpar algún incumplimiento de tu familiar ante otras personas (jefe, amigos, etc.)?
- 14.-¿Te has llegado a sentir culpable por lo que pasa con tu familiar alcohólico? ¿Por qué?
- 15.-¿Alguien de la familia ha hablado contigo respecto a lo que sientes?
- 16.-¿Qué opinas de lo que te han dicho al respecto?
- 17.-¿Crees que alguien más de tu familia tiene la culpa de la situación que vive tu familiar alcohólico? ¿Quién y por qué?

- 18.-¿Crees que alguien que no pertenece a la familia tenga la culpa de que tu familiar tome en exceso?
- 19.-¿Llegas a molestarte cuando se critica a tu familiar alcohólico?
- 20.-¿Has tenido la necesidad de trabajar para solventar los gastos de la casa?
- 21.-¿Qué haces para mantener la tranquilidad de tu hogar cuando existe la tensión del problema en tu familia?
- 22.-¿Has tenido que abandonar tus actividades y proyectos personales para dedicarte a ello?
- 23.-¿Has tenido que hacerte cargo de tomar decisiones importantes para tu familia desde que tu familiar bebe?
- 24.-¿De qué manera resuelves los problemas que se presentan en tu familia a consecuencia del alcoholismo?
- 25.-¿Qué respuesta ha dado tu familiar alcohólico desde que te has preocupado por todo lo anterior?

* (EL ASTERISCO SIGNIFICA QUE LAS PREGUNTAS
CORRESPONDEN AL SIGUIENTE ROL)

- 26.-¿Organizas actividades de distracción para tu familia fuera de la casa?
- 27.-¿Quiénes participan en ellas y qué hacen o dicen?
- 28.-¿Te preocupa que otras personas se enteren de las dificultades que hay en tu familia? ¿Por qué?
- 29.-¿Realizas reuniones comerciales dentro de tu casa?

- 30.-¿Animas a tu familia para asistir a los lugares que tu frecuentas?
- 31.- Debido al problema que hay en tu familia, ¿has buscado otros lugares a donde ir y cuáles?
- 32.-¿Cómo ha reaccionado tu familia ante ello?
- 33.-¿Cada cuando organizas fiestas en tu casa?
- 34.-¿Permites que tu familiar alcohólico hable de su problema en las reuniones?
¿Por qué?
- 35.-¿Cómo reacciona el bebedor ante esto que haces?
- 36.-¿Asistes a las fiestas en las que se invita a tu familia?
- 37.-¿Has tratado de evitar que tu familia asista a las fiestas?
- 38.-¿Qué opinan del papel que juegas dentro de la familia como hijo o padre?
- 39.-¿Has tratado de sobresalir en las actividades que realizas fuera de tu casa?
- 40.-¿Qué logros has obtenido?
- 41.-¿Qué cambios ha tenido tu vida a consecuencia de esos logros?
- 42.-¿Te consideras indispensable para la solución de problemas?
- 43.-¿Te consideras independiente de tu familia?
- 44.-¿A quién de tu familia consideras más capaz para solucionar problemas de la misma?
- 45.-¿Qué problemas relacionados con tu familiar alcohólico has solucionado tú?
- 46.-¿Cómo te sientes después de haberlos resuelto?
- 47.-¿Quiénes de tu familia se acercan más a ti para realizar actividades?
- 48.-¿Cómo correspondes a ese acercamiento?
- 49.-¿Hablas abiertamente con tu familiar alcohólico sobre su situación actual?

50.-¿Qué te dice?

51.-¿Cómo participas en las actividades y decisiones de tu familia?

52.-¿Cómo participas en el arreglo del hogar y qué dices cuando no quieres ayudar?

53.- Debido al problema del alcoholismo, ¿hay peleas en tu familia y quiénes participan?

54.-¿Tú participas en ellas? ¿Por qué?

55.-¿Acostumbra decir groserías durante las peleas?

56.-¿Rompes o avientas lo que hay a tu alcance cuando se presentan estas peleas?

57.-¿Desquitas tu sentir con otros? ¿con quiénes y de qué manera?

58.-¿Acostumbra molestar a tu familia con "indirectas" para expresar lo que sientes?

59.-¿Consideras que alguien de tu familia es "menos" que tú? ¿Por qué?

60.-¿Te sientes "menos" que los demás miembros de la familia?

61.-¿Cómo actúas ante ellos?

62.-¿Cómo te comportas ante tu familiar alcohólico?

63.-¿Qué haces cuando esta persona está bebida?

64.-¿Cómo reacciona o qué te dice tu familia?

65.-¿Has llegado a hacerte daño a causa de esta situación?

- 66.-¿Si alguien de tu familia se siente mal cómo le ayudas?
- 67.-¿Qué haces cuando tú necesitas ayuda?
- 68.-Describe cómo te desenvuelves fuera de tu casa?
- 69.-¿Con qué personas te relacionas y qué actividades realizan?
- 70.-¿Comentas a tu familia lo que haces fuera de casa?
- 71.-¿Te aburre fácilmente lo que haces?
- 72.-Describe tu rendimiento en actividades diarias.
- 73.-¿Has descuidado tu aspecto físico a partir del problema del alcoholismo?
- 74.-¿Has llegado a cometer algún delito o adquirir algún vicio a causa de como te sientes?
- 75.-¿Lloras por cualquier motivo?

*

- 76.-¿Qué piensas y cómo actúas ante tu familiar alcohólico?
- 77.-¿En qué momentos expresas cariño o rechazo a tu familia?
- 78.-¿En qué momentos el cariño o rechazo te lo expresan a ti?
- 79.-¿Cómo expresas tu forma de pensar?
- 80.-¿Con quién de la familia has hablado de lo que sientes y cómo ha reaccionado?
- 81.-¿Cómo actúas en el hogar cuando se habla de tu familiar alcohólico?
- 82.-¿Qué opinas tú de lo que se habla?
- 83.-¿Llevas a cabo los acuerdos que llegan a tomarse?

- 84.-¿Tienes dificultad para comunicarte con tu familia?
- 85.-¿Cómo eres invitado a participar en las conversaciones y/o actividades familiares?
- 86.-¿Frecuentemente hay malentendidos en tu familia debido a la problemática que existe?
- 87.-¿Has tratado de solucionar esto?
- 88.-¿Frecuentemente las pláticas con tu familia terminan en pleito?
- 89.-¿Qué motivos tienes para permanecer en casa o para salir de ella?
- 90.-¿Acostumbras estar durante las reuniones familiares?
- 91.-¿Te has aislado de tu familia con cualquier pretexto?
- 92.-¿Cómo actúas ante la problemática del alcoholismo?
- 93.-¿Qué esperas lograr en el futuro?
- 94.-¿Qué logros has tenido actualmente y qué importancia les das?
- 95.-Describe tu estado de ánimo actual?
- 96.-¿Has llegado a pensar en soluciones extremas cuando tienes problemas?
Explica.
- 97.-¿Cómo te consideras físicamente?
- 98.-¿Te consideras inteligente para realizar tus actividades?
- 99.-¿Te has comparado alguna vez con algún miembro de la familia?
- 100.-¿Te gustaría que alguien te ayudara?

- 101-¿Tu familia te ha dicho que eres escandaloso? ¿Por qué?
- 102-¿Has faltado a tu casa por andar con tus amigos?
- 103-¿Invitas con frecuencia amigos a casa para hacer fiestas?
- 104-¿Qué opina tu familia de ello?
- 105-¿Tu forma de expresarte le molesta a tu familia? ¿Por qué?
- 106-¿Te gusta realizar actividades peligrosas?
- 107-¿Esto te ha causado algún problema legal?
- 108-¿En qué situaciones te apegas más a tus actividades personales?
- 109-¿Vigilas las actividades de los miembros de tu familia?
- 110-¿Acostumbra solucionar los problemas sin consultar a tu familia aunque te equivoques?
- 111-¿Bromeas cuando hay problemas con tu familiar alcohólico?
- 112-¿Tu familia te considera responsable?
- 113-¿Qué haces para desviar la atención de tu familia ante el problema del alcoholismo?
- 114-¿Te consideran el integrante "gracioso" o "simpático" de la familia?
- 115-¿Qué tanto te afecta el problema del alcoholismo?
- 116-¿Cómo es tu comportamiento fuera de la casa?
- 117-¿Qué contestas cuando alguien te pregunta sobre tu familiar que bebe?
- 118-¿Te gusta consumir bebidas alcohólicas? ¿Por qué?
- 119-¿Cómo reacciona tu familia cuando bebes?
- 120-¿Has buscado a alguien para ayudar al alcohólico?
- 121-¿Cómo le ha ayudado?

122-¿Tú necesitas ayuda? ¿Por qué?

123-¿Qué opinas de tu propio comportamiento en general?

124-¿Qué te han dicho acerca de tu conducta?

125-¿A quién acudirías a solicitar ayuda para ti?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BAKER, J. (1976) Family systems: a review and synthesis of eight major concepts. Family Therapy. Vol.3, No. 1. Pp. 1-27.
- BARNARD, CH. P. (1981) Families, alcoholism and therapy. U.S.A. Charles C. Thomas Publisher. Caps. 1, 2 y 4.
- BERRUECOS, L. A. (1978) "Panorámica actual del problema del alcoholismo en México: Antecedentes, acciones concretas e investigaciones". Trabajo presentado en el Simposio: El Alcoholismo como problema socio-cultural. Congreso Anual de la Society for Applied Anthropology. Mérida, Yucatán. Abril 2-9. UAM-Xochimilco.
- BERTALANFY, L. V. (1988) Teoría general de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- BLANE, H. T. (1977) Issues in the evaluation of alcoholism treatment. Professional Psychology. Vol. 8, No. 4, Pp. 593-608
- BORGES, G. (1988) Consumo moderado de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas: una controversia epidemiológica. Salud Pública de México. Vol. 30, No. 1, Pp. 14-24.

- BORGES, G., ROISOVSKY, H.; RODRIGUEZ, E. y LOPEZ-LUGO, E. (1990) Alcohol consumption and its impact in Mexico, 1970-1983: mortality and crime. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. Vol. VI, No. 5.
- BOYD, J. H.; DERR, K.; GROSSMAN, B.; LEE, C.; STURGEON, S.; LACOCK, D. D. y BRUDER, CH. I. (1983) Different definitions of alcoholism, II: a pilot study of 10 definitions in treatment setting. American Journal of Psychiatry. Vol. 140, No. 10, Pp. 1314-1317.
- CLAROS, B. C. S. R. (1992) Interacciones en familias de sujetos alcohólicos. Instituto de Terapia Familiar "Cencalli". Tesis de Especialización en Terapia Familiar.
- CORCORAN, K. J. y SCOTT, P. P. (1991) Alcohol Expectancy Questionnaire Tension Reduction Scale as a Predictor of Alcohol Consumption in a Stressful Situation. Addictive Behaviors. Vol. 16, Pp. 129-137.
- DAVISON, R. S. (s. a.) Alcoholism evaluation. En: Dictionary of Behavioral Assessment Techniques.
- DSM-III (1983) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A. Cap.3.
- EARLEYWINE, M. y FINN, P. R. (1991) Sensation seeking explains the relation between behavioral disinhibition and alcohol consumption. Addictive Behaviors. Vol. 16, Pp. 123-128.

EDWARDS, G. (1990) Tratamiento de alcohólicos. México: Trillas. Cap. 3.

ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (1990) México, Secretaría de Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

ESTES, N. J. y HEINEMAN, M. E. (1989) Alcoholismo. Desarrollo, consecuencias y tratamientos. España: Interamericana, Mc Graw-Hill. Caps. 4 y 27.

ESTRADA, I. L. (1987) El ciclo vital de la familia. México: Posada.

FANTI, G. (1990) Helping the family. Alcohol, social work and helping. Steward Collins (Eds.) New York, Pp. 125-153.

FONTAINE, P. (1990) Una familia sana. Salud Mental. Vol. 8, No. 4 Pp. 35-38.

FROMME, K.; STROOT, E. y KAPLAN, D. (1993) Comprehensive effects of alcohol: development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. Psychological Assessment. Vol. 5, No. 1, Pp. 19-26.

GIBBONS, B. (1992) Alcohol, la droga legal. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones. Boletín, Octubre, No. 13.

GURMAN, A. S. y KNISKERN, D. P. (Eds.) (1989) Handbook of Family Therapy. New York: Brunner/Mazel Publishers. Cap. 9.

GLENN, A. S. y PARSONS, O. A. (1989) Alcohol abuse and familial alcoholism: psychosocial correlates in men and women. Journal of Studies on Alcohol. Vol. 50, No. 2, Pp. 116-127.

HAY, W. M. y NATHAN, P. E. (1982) Clinical studies in the behavioral treatment of alcoholism. New York: Plenum Press. Cap. 1.

HOVESTADT, A. J.; PIERCY, F. P.; ANDERSON, W. T. y COCHRAN, S. W. (1985) A family-of-origin scale. Journal of Marital and Family Therapy. Vol. II, No. 3, Pp. 287-297.

INSTITUTO DE TERAPIA FAMILIAR "CENCALLI", A. C. (1991) Manual de apuntes para el alumno. México, D. F.

JELLINEK, E. M. (1979) The disease concept of alcoholism. Hill-house Press.

JOHNSON, R. C.; NAGOSHI, G. T.; DANKO, G. P.; HONBO, MA. K. M.; CHAU, L. A. BA. (1990) Familial transmission of alcohol use norms and expectancies and reported alcohol use. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Vol. 14, No. 2, Pp. 216-220.

LOPEZ, J. J. L.; ROISOVSKY, H.; NARVAEZ, L. A.; CASANOVA, R. L. y BARRIOS, S. D. (1991) Características de la población que solicita atención en los servicios de urgencias y su relación con el consumo de alcohol en la Ciudad de México. Salud Mental. Vol. 14, No. 1, Pp. 19-24.

MAISTO, S. A. Y CONNORS, G. L. (s. a.) Sensation Scale. Dictionary of Behavioral Assessment Techniques.

MANRIQUE, S. A.; MAS CONDES, C. y VARELA, C. (1989) Principales motivos de ingreso a un hospital de urgencias mientras los pacientes se encontraban bajo los efectos de debidas alcohólicas. Salud Mental. Vol. 12, No. 3, Pp. 44-49.

MELLA, M. C. F.; AMARO, G. G.; POU, G. M. C.; BATISTA, L. V. y BALARI, LI. E. (1980) Los recursos antialcohólicos en la apreciación del enfermo y su familia: estudio de 100 casos. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Vol 20. Suplemento.

MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. CH. (1990) Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós. Caps. 1 y 2.

MOOS, R. H.; FINNEY, J. W. y CRONKITE, R. C. (1990) Alcoholism Treatment. Context Process and Outcome. Caps. 1 y 6.

MURIEL, V. S. (1989) Alcohol y familia: avances y perspectivas. Salud Mental. Vol. 12, No. 2, Pp. 68-69.

- MUSITU, O. G.; ROMAN, S. J. M. y GRACIA, F. E. (1988) Familia y educación. España: Labor. Cap. 2.
- NATERA, G.; HERREJON, M. E. y ROJAS, E. (1988) Comparación de algunas características de la conducta de esposas de alcohólicos y de no alcohólicos. Salud Mental. Vol. 11, No. 1, Pp. 13-18.
- NATERA, G. (1989) La investigación de problemas relacionados con el alcohol y la familia: una revisión. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 6, No. 1. Pp. 5-13.
- NATERA, G. y CASCO, M. (1990) Características psicosociales del consumo de alcohol de las parejas mexicanas, comparadas con las finlandesas. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- NATERA, G.; CASCO, M.; NAVA, A. y OLLINGER, E. (1990) Respuestas naturales de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas. Salud Mental. Vol. 6, No. 2, Pp. 40-47.
- NATERA, G. y HOLMILA, M. (1990) El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación entre México y Finlandia. Salud Mental. Vol. 13, No. 3, Pp. 20-26.
- PELICIER, Y. (1991) Los alcohólicos hoy. Salud Mental. Vol. 14, No. 2, Pp. 7-10.

PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL ALCOHOLISMO Y EL ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS (1986) Comité Intersectorial de Producción, Distribución y Consumo de Alcohol Etilico, México.

PROGRAMA NACIONAL CONTRA EL ALCOHOLISMO Y EL ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS (1992-1994) Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones, México.

RODRIGUEZ-MARTOS, A. (1989) Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. México: Salvat Editores, S. A. Cap. 7 y Apéndice.

ROSOVSKY, H. y LOPEZ, J. L. (1986) Violencia y accidentes relacionados con el consumo de alcohol en la población registrada en una agencia investigadora del Ministerio Público del D. F. Salud Mental. Vol. 9, No. 3, Pp. 72-76.

RUSSEL, L. A. (1984) Rediseñando el futuro. México: Limusa. Cap.1.

SHAFER, K.; BUTTERS, N.; SMITH, T.; IRWIN, M.; BROWN, S.; HANGER, P.; GRANT, I. y SCHUCKIT, M. (1991) Cognitive performance of alcoholics: a longitudinal evaluation of the role of drinking history, depression, liver function, nutrition and family history. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Vol. 15, No. 4, Pp. 653-660.

SECRETARIA DE SALUD (1992)a Las drogas y sus usuarios. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones. Cap. IV Pp. 35-36.

SECRETARIA DE SALUD (1992)^b Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. México.

SOBELL, M. B. y SOBELL, L. C. (1978) Behavioral treatment of alcohol problems. New York: Plenum Press.

SOUZA Y MACHORRO, M.; MESTAS, A. J.; TURULL, T. F. y CARDENAS, A. (1985) Aportación al manejo asistencial del alcoholismo: Historia Clínica Psiquiátrica Codificada. Salud Pública de México. Vol. 27, No. 4 Pp. 291-307.

STEINGLASS, P.; BENNETT, L. A.; WOLIN, S. J. y REISS, D. (1989) La familia alcohólica. España: Gedisa. Caps. 2 y 6.

SWARTZ, CM.; DREWS, V. y CADORET, R. (1989) Decreased epinephrine in familial alcoholism. Archives General of Psychiatry, 44, 1987, Pp. 938-941. Salud Mental. Vol. 12, No. 4, Pp. 46-47.

SZAPOCZNIK, J.; RIO, T. A.; HERVIS, D.; KURTINES, W. y FARACI, A. M. (1991) Assessing change in family functioning as a result of treatment: the structural family systems rating scale (SFSR) Journal of Marital and Family Therapy. Vol. 17, No. 3, Pp. 295-310.

TABLA DE LA ALCOHOLOMANIA DEL DR. JELLINEK (1960) Oficina Intergrupala de Servicios de Alcohólicos Anónimos de la Ciudad de México.

- VELASCO, F. R. (1988) Alcoholismo, visión integral. México: Trillas. Cap. 5.
- VELASCO, F. R. (1990) Esa enfermedad llamada alcoholismo. México: Trillas.
- Cap. I.
- VELASCO, F. R. (1991) ¿Se puede beber de una manera responsable?. México:
Consejo Nacional Contra las Adicciones, Boletín, Octubre, No. 1.
- VELASCO, F. R. (1992) Principales acciones contra el alcoholismo. México:
Consejo Nacional Contra las Adicciones, Boletín, Enero, No. 4.
- VELASCO, P. M. L.; QUIROGA, G. R.; MARTINEZ, A. NADELSTICHER,
A. (s. a.) On the homosexual and alcoholics perception of their family
enviroment. Proposal for a systemic interpretation. Salud pública de
México. Vol. 6, No. 4.
- VILCHIS, L. H. e ITURRIOZ, R. P. M. (1987) Alcohol y otros factores
humanos condicionantes de accidentes de tránsito. Salud Pública de
México. Vol. 29, No. 4, Pp. 322-330.
- WEISS, M. (1986) Introducción a la ingeniería. México: Limusa. Cap. 1.