



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75
MORELIA, MICHOACÁN.

**ALCOHOLISMO
Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO

Morelia, Michoacán, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

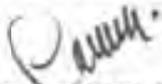
**ALCOHOLISMO
Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO

A U T O R I Z A C I O N E S:


DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES.**


ASESOR DE TESIS

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RENTERIA ORTIZ
**PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES**

Morelia, Michoacán 2009

ALCOHOLISMO
Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

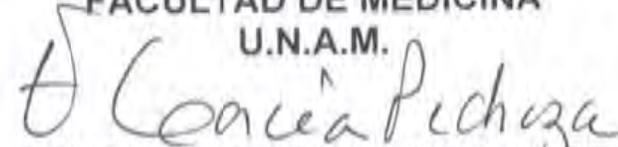
PRESENTA:

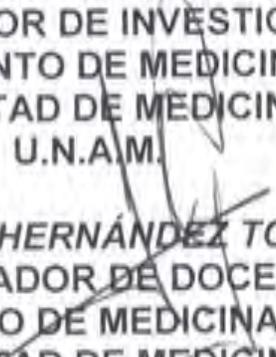
DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO

AUTORIZACIONES:


DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


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


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Morelia, Michoacán, Noviembre 2009

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por ser el creador de todo, gracias por lo mucho que me has dado y por darme la oportunidad de llegar hasta este momento tan importante en mi vida.

A mi esposa:

Por ser la compañera de mi vida, la luz que guía mi camino, la cual a pesar de todo siempre ha estado a mi lado con su apoyo incondicional, alentándome para ser mejor cada día.

.

A mis hijos:

Juan Pablo y Larisa, quienes me han dado la responsabilidad y alegría de ser padre.

A mis padres:

Gracias por todo, por haberme apoyado siempre para superarme.

A mi asesor de Tesis:

Gracias por su tiempo, paciencia y dedicación para la realización del presente trabajo, por la gran labor que día a día realizan.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	7
2.	ANTECEDENTES.....	8
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	62
4.	JUSTIFICACIÓN.....	65
5.	OBJETIVOS.....	68
6.	METODOLOGÍA.....	69
7.	RESULTADOS.....	82
8.	DISCUSIÓN.....	153
9.	CONCLUSIONES.....	159
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
11.	ANEXOS.....	165

1.- INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar los efectos del alcoholismo en la funcionalidad familiar de familias nucleares urbanas, donde el padre de familia es quien presenta diagnóstico de alcoholismo. Con tal propósito se realizó un estudio descriptivo para conocer las características socio-demográficas de las familias y se evaluó el funcionamiento familiar de las mismas, utilizando la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel. Un instrumento confiable y validado en familias mexicanas.

Los resultados obtenidos permiten comprender, primero que el alcoholismo es relativamente fácil de diagnosticar y sin embargo es frecuente que el Médico Familiar no se ocupe del problema. Segundo, que el alcoholismo, por su magnitud; sigue siendo un problema de salud pública. Tercero, a nivel de las variables socio-demográficas, el alcoholismo social con frecuencia pasa desapercibido para el clínico y por ello es difícil individualizar los casos.

El problema del alcoholismo está asociado a componentes de orden estructural y funcional de la familia. Solo si el Médico Familiar profundiza en el conocimiento de la familia mediante un estudio de salud familiar, puede hacer un diagnóstico integral y con base en ello, ofrecer un abordaje sistémico.

Con la finalidad de hacer más comprensible los resultados, se han puesto todos los Genogramas y el perfil de funcionalidad tal como lo indica el instrumento aquí utilizado.

2. ANTECEDENTES

El alcoholismo es una enfermedad psicosocial. Desde el punto de vista clínico se considera un síndrome consistente en dos fases: problemas con la bebida y adicción al alcohol. El primero es el consumo repetido de alcohol, a menudo para aliviar la ansiedad o para resolver otros problemas emocionales. La adicción al alcohol es una compulsión real, similar a la que ocurre después del uso repetido de otros hipnóticos sedantes. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud considera al alcoholismo como un problema de salud pública mundial. De acuerdo a encuestas en Norteamérica un 75% de la población consume bebidas alcohólicas y que 1 de cada 10 adultos experimenta problemas con el alcohol en algún momento de su vida. La estadística mundial indica mayor prevalencia en los varones. Con una relación de 4 a 1. ⁽²⁾

Cerca de dos mil millones de personas en todo el mundo consumen bebidas alcohólicas. El consumo de alcohol puede ser perjudicial para la salud y para las relaciones sociales, pero la naturaleza y la gravedad de sus efectos depende tanto de la cantidad de alcohol consumida como los hábitos de consumo. A nivel mundial, los adultos consumen al año un promedio de cinco litros de alcohol puro procedente de cerveza, el vino y los licores. Europa posee el consumo medio de alcohol más elevado, seguido de América y África. Suele aumentar con el desarrollo económico. Sin embargo, el consumo se mantiene bajo en algunas regiones en las que la población es mayoritariamente musulmana.

Las preferencias nacionales por determinados tipos de bebida son muy variadas, por ejemplo, algunos países de Europa y África prefieren cerveza, mientras que el vino es el favorito en los países vinícolas europeos. ⁽³⁾

El alcohol es una de las sustancias estimulantes y adictivas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia. Es la sustancia más ampliamente empleada por los adolescentes en Estados Unidos.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del Este, así como en los países en vías de desarrollo. En el alcoholismo influyen para su uso factores de orden social, profesional y obrero industrial.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, (ENA), ⁽⁴⁾ en México hay más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años que consumían alcohol, los cuales representan el 44.8% de la población de ese grupo de edad. En las áreas urbanas el mayor índice de consumo entre los varones se observó en el grupo de 30 a 39 años, en tanto que en las mujeres se presentó en el grupo de 40 a 49 años. En la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este grupo de edad.

De acuerdo a la ENA 2002 Poco mas de tres millones y medio de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los que representa 25.7% de la población de en este grupo. El consumo de alcohol en población urbana sigue siendo mayor en varones con una relación de 4 a 1.

En el área rural el consumo de alcohol fue menor a la urbana 18% contra 25%. Pero la relación varón-mujer se mantiene. Entre los problemas más frecuentes que se dieron por la bebida, tanto en lo urbano como en lo rural, según declararon los grupos fue haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera; en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito y en tercer lugar, haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado. Esta estadística invariablemente se mantiene menor entre las mujeres. ⁽⁴⁾

En México, según datos preliminares de la Encuesta nacional de Adicciones 2008, los jóvenes son el grupo más expuesto a consumir drogas, por lo que es necesario atacar este problema desde la niñez y adolescencia. ⁽⁴⁾

El alcoholismo se ha definido como el consumo de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental, al igual que con las responsabilidades sociales, familiares o laborales. El alcoholismo en un tipo de drogadicción, en la cual hay tanto dependencia física como psicológica. ⁽⁵⁾

La O.M.S define en 1981⁽⁶⁾ el concepto de consumo peligroso de alcohol como aquel que confiere al individuo el riesgo de sufrir en un futuro daños físicos

y/o psíquicos. Así mismo define en 1992 el uso dañino o nocivo de alcohol como aquel en el que el riesgo anterior se sustituye por la existencia ya de daños reales.⁽⁷⁾

El alcoholismo se define como la dependencia extrema del alcohol asociada con la aparición progresiva de trastornos en el comportamiento. Es una enfermedad crónica de comienzo lento e insidioso que puede aparecer a cualquier edad. La causa es desconocida pero tiene especial incidencia en ella factores de tipo cultural y psicosocial, como demuestra la elevada proporción de familiares de alcohólicos que padecen dicha enfermedad, mayor que la que presenta el resto de la población. La embriaguez habitual destruye paulatinamente la vida social, familiar y laboral del enfermo, así como su propia salud.^(8,9,10) El alcohol ha acompañado al hombre a lo largo de su historia y en este sentido forma parte de la cultura de todos, los pueblos.

En nuestra sociedad Mexicana encontramos la existencia de actitudes y valores que promueven el consumo de alcohol, manifestándose a través de los medios de comunicación, además de un sistema educativo centrado en su contenido y no en el alumno. Es un evento tan normal, que a la larga afecta la vida de casi todos. El alcoholismo es una enfermedad multifactorial con repercusiones biopsicosociales, de evolución progresiva. El alcohol afecta todo tipo de célula en el cuerpo incluyendo un daño severo del sistema nervioso central. A diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un

comportamiento aprendido e inadaptado. Es más frecuente en el hombre que en la mujer, influyendo para su uso factores de orden social y profesional

A pesar de que la "intoxicación legal" requiere de una concentración de alcohol en sangre de al menos 80 a 100 mg/dl (0.1g/dl), los cambios de comportamiento, psicomotores y cognitivos se observan con concentraciones tan bajas como 20 a 30 mg/dl. La narcosis o sueño producido se induce en muchas personas con el doble de la concentración de intoxicación legal; incluso en ausencia de medicaciones paralelas, puede darse la muerte con concentraciones entre 300 y 400 mg/dl. El etanol solo o combinado con fármacos como benzodiazepinas, probablemente es responsable de mas muertes toxicas por sobredosis que ningún otro agente.

Las manifestaciones clínicas del alcohol son muy diversas y muy variadas y pueden ser desde leves a hasta muy severas, los efectos ocurren prácticamente en todo el organismo principalmente en sistema nervioso central. Cardiovascular y digestivo. ⁽¹¹⁾ Después de ingerido el alcohol se absorbe rápido en la corriente sanguínea desde el estomago y el intestino delgado, se distribuye en el agua corporal total, treinta minutos aproximadamente después de la ingestión del etanol con el estomago vacío surgen niveles sanguíneos máximos, dosis elevadas sobre el tubo digestivo dan lugar a trastornos de la motilidad esofágica, aparición de reflujo gastroesofagico, gastritis, trastornos del vaciamiento gástrico y diarreas.

Los efectos agudos del etanol sobre el aparato digestivo depende en gran medida de la dosis administrada, el alcohol reduce de forma transitoria la presión

basal de esfínter esofágico inferior, la amplitud de las contracciones y la frecuencia de relajación después de una deglución, así como reduce la función motora del cuerpo medio del esófago, con reducción de la frecuencia como de la amplitud de ondas peristálticas.

El consumo de alcohol facilita el desarrollo de esofagitis por reflujo al reducir la función del esfínter esofágico inferior como las contracciones peristálticas de la porción distal del esófago, a nivel de mucosa gástrica se presenta inflamación de la mucosa, especialmente la del antro y en algunos casos se llega a producir erosiones y hemorragias, se desconoce con exactitud cuales son los mecanismos por los cuales el alcohol produce lesiones gástricas, pero los trabajos mas recientes sugieren una hiperproduccion de factor alfa de necrosis tumoral, aumento de la apoptosis e incremento de la peroxidasa lipídica inducida por radicales libres otros irritantes gástricos como la aspirina o los antiinflamatorios no esteroideos pueden potenciar los efectos del alcohol y aumentar el riesgo de hemorragia, el consumo agudo y crónico de alcohol modifica la motilidad gástrica, el metabolismo del alcohol tiene lugar en el estomago por la enzima deshidrogenasa (ADH) de la pared gástrica. Cuanto mas rápido sea el paso del alcohol al intestino, mas cantidad escapara a la ADH gástrica y la cantidad absorbida será mayor, a nivel de intestino delgado la elevada concentración de alcohol produce un aumento de motilidad intestinal, este efecto se ha atribuido a una acción sobre el sistema nervioso autónomo y/o un efecto inflamatorio sobre la mucosa intestinal, los efectos agudos sobre el intestino delgado contribuyen en la mal nutrición en estos pacientes, en el páncreas el etanol modifica la secreción

pancreática , induce un incremento de un 50% en la secreción basal de la amilasa, pero inhibe el incremento de la secreción causada por secretina, colecistocinina, carbacol o péptido intestinal vasoactivo, a nivel cardiovascular el consumo excesivo da lugar a patologías graves como la miocardiopatía alcohólica, hipertensión arterial, arritmias, accidentes vasculares cerebrales.

El etanol produce un efecto inotrópico negativo que conlleva a una reducción de la contractilidad cardiaca. Este efecto resulta ser dosis dependiente, ya que cuanto mas elevada es la concentración de etanol en la perfusión del corazón mayor es la depresión de la contractilidad. El etanol tiene un efecto directo sobre el ritmo cardiaco incluso ingestas relativamente modestas de alcohol dan lugar a una taquicardia rítmica. La asociación entre consumo de alcohol y arritmias cardiacas se ha popularizado bajo el termino de corazón de fin de semana. La arritmia más comúnmente observada es la fibrilación auricular paroxística, aunque también se observan otros tipos de arritmia como el flutter auricular, taquicardia auricular, taquicardia de la unión, extrasístoles supraventriculares múltiples y taquicardia ventricular.

En estudios electro fisiológicos se ha comprobado que las arritmias observadas en los pacientes alcohólicos crónicos, principalmente la taquicardia ventricular, pueden desencadenarse por estimulación eléctrica cardiaca tras la ingestión de alcohol. Los mecanismos implicados en la patogenia de las arritmias cardiacas inducidas por alcohol en pacientes alcohólicos crónicos son múltiples, los alcohólicos presentan una prolongación del intervalo QT, que indica una repolarizacion prolongada que a su vez, facilitara la aparición de arritmias

ventriculares automáticas, la prolongación del intervalo QT es un factor predictivo de mortalidad en los alcohólicos con hepatopatías alcohólica. Otra causa de arritmia en los alcohólicos son la presencia de una neuropatía vagal o la existencia de alteraciones electrolíticas como hipopotasemia o hipomagnesemia.

Los pacientes alcohólicos tienen un mayor riesgo de sufrir una muerte súbita independientemente de que se presente o no una cardiopatía coronaria, los mecanismos relacionados con el consumo de alcohol todavía no se conoce con exactitud, se ha postulado que la taquicardia ventricular rápidamente degenera a una fibrilación auricular.

La relación entre consumo de alcohol y el desarrollo de hipertensión arterial es conocida desde hace años, el efecto presor del alcohol se ha atribuido a una activación del sistema simpático adrenérgico, a un incremento del sistema renina-angiotensina-aldosterona, a un aumento del cortisol, a un incremento de la resistencia de la insulina y/o un vasoespasmo de las fibras musculares lisas de los vasos sanguíneos por alteración iónicas (Mg^{++} y Ca^{++}) o anomalías del transporte de Na^{+} .

Los efectos del alcohol sobre el sistema cardiovascular se han atribuido a los siguientes mecanismos: aumento del HDL colesterol y especialmente de las subfracciones HDL 2 y HDL 3, reducción de la capacidad de oxidación de las partículas de LDL colesterol, disminución de la agregación plaquetaria, reducción del fibrinógeno incremento de la actividad fibrinolítica y antitrombina del suero, cambios en el endotelio vascular que modifica la síntesis de óxido nítrico que

causa vasodilatación y reducción de las síntesis de las moléculas de adhesión monocitarias y endocitarias que participan en los primeros estadios de la arteriosclerosis.

Los efectos producidos por la ingestión aguda de alcohol sobre el sistema nervioso central a medida que va aumentando la cifra de alcoholemia, el sujeto intoxicado primero presenta una fase de hiperexcitabilidad del cortex, para después presentar un síndrome confusional y cerebeloso, hasta llegar finalmente a sufrir un coma mas o menos profundo.

Los efectos del alcohol sobre la actividad eléctrica del cortex cerebral y estructuras profundas del cerebro se han estudiado desde hace años, los estudios mas recientes se han basado en el análisis de los efectos del alcohol sobre los potenciales evocados visuales y auditivos.

Los efectos del alcohol sobre el metabolismo cerebral presentan una reducción de la actividad global cerebral, sobre todo la actividad del cortex occipital, mientras que aumenta en el cortex temporal izquierdo, este patrón de afección es similar a los pacientes tratados con benzodiazepinas

La ingestión repetida de dosis elevadas de etanol en mujeres puede producir amenorrea, disminución del tamaño de los ovarios, ausencia del cuerpo lúteo con esterilidad asociada y abortos espontáneos. El consumo excesivo de alcohol durante el embarazo produce una transferencia placentaria rápida de etanol y acetaldehído, que puede acarrear graves consecuencias en el desarrollo fetal. El síndrome fetal por alcohol puede incluir una mezcla de cualquiera de los

hechos siguientes; cambios faciales con pliegues oculares epicánticos, cornetes poco formados, y dientes pequeños con defectos en el esmalte; defectos en el tabique auricular o ventricular del corazón, surco palmar aberrante, y limitación en el movimiento articular y microcefalea con retraso mental. La cantidad específica de etanol y el momento específico de la vulnerabilidad durante el embarazo no se han definido, por lo cual se aconseja a las mujeres embarazadas que se abstengan totalmente de beber. ⁽¹²⁾

La sintomatología varía según la concentración de alcohol que se encuentre en la sangre. Bogen describe seis etapas clásicas del etilismo agudo:⁽¹³⁾

Primera. (Subclínica), 1 mg. De alcohol por centímetro cúbico de sangre. No hay alteración solamente exaltación de las funciones intelectuales; el individuo se siente eufórico, con bienestar general, alegre, le brillan los ojos, la piel está caliente y húmeda, pulso rápido, fuerza física aumentada, se cree capaz de realizar grandes proezas y afrontar grandes peligros; el más reservado o tímido se vuelve galante o atrevido.

Segunda (estimulación), de 1 a 1.5 mg. De alcohol por centímetro cúbico de sangre. Es una exaltación de la primera: algunos individuos se encolerizan por cualquier causa, discuten y en otras lloran por insignificancias y hablan fracasos y traiciones.

Tercera (confusión), de 2 a 3 mg. De alcohol por centímetro cúbico de sangre. Las facultades intelectuales se pierden paulatinamente; hay pérdida del control de las ideas y en ocasiones amnesia; el control del aparato motor se

pierde, por lo cual la marche se hace zigzagueante, con sensación de vértigo; el aparato motor del ojo no funciona bien, se pierde la noción del tiempo y del espacio.

Cuarta (atontamiento) de 3 a 4 mg, de alcohol por 1 centímetro cubico de sangre, la desorientación es completa, un estado de inconsciencia que lo lleva a cometer malas acciones y violencia, el lenguaje es incoherente e inteligible, la escritura es imposible, la respiración y pulso muy acelerados.

Quinta (coma); de 4 a 5 mg de alcohol por 1 centímetro cubico de sangre. Se caracteriza porque el sujeto entra en un estado comatoso; la respiración es difícil, arrítmica, los reflejos están disminuidos; sudores profusos, el pulso es pequeño y retardado, hay hipotermia.

Sexta (muerte) 6 mgs de alcohol por centímetro cubico de sangre. La muerte puede sobrevenir con mayor frecuencia si el sujeto esta expuesto al frio, debido a asfixia por congestión pulmonar. (13)

La experiencia clínica en medicina muestra que el paciente alcohólico es muy poco susceptible a casi cualquier tratamiento. En los casos de intoxicación aguda los pacientes son atendidos en los servicios de urgencias y el tratamiento se limita a rehidratar y desintoxicar; cuando el paciente tiene deterioro nutricional o presenta cuadros psicóticos es candidato a recibir tratamiento psiquiátrico, pero aun la psiquiatría tiene poco que ofrecerle a estos pacientes.

La experiencia de grupos de alcohólicos anónimos AA, a nivel mundial ha demostrado ser la mejor estrategia rehabilitadora. Los miembros de AA reciben un modelo de recuperación mediante la observación de los logros de los miembros sobrios del grupo, tienen ayuda disponible las 24 horas de día, aprenden que es posible participar en actividades sociales sin beber. Debido a que el alcoholismo también puede afectar a todos aquellos que están en torno a la persona con el problema de alcohol, los miembros de la familia con frecuencia necesitan asesoría. al-Anon es un grupo de apoyo para las esposas u otras personas que están afectadas por el alcoholismo de alguien, mientras que Alateen brinda apoyo a los adolescentes hijos de padres alcohólicos ⁽¹⁴⁾. Los 12 pasos de los grupos de AA son:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2. Llegamos al convenio de que un Poder Superior podrá devolvernos el sano juicio.

3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.

4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos

6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.⁽¹⁵⁾

Debido a la relevancia del problema ético en nuestro medio, se han realizado esfuerzos para establecer criterios diagnósticos de alcoholismo, estos han incluido las definiciones basadas en: La cantidad de bebida, el grado de pérdida de control,

las consecuencias, biológicas, sociales, criterios fisiológicos y bioquímicos y factores psicológicos.

Los bebedores pueden clasificarse según la cantidad de alcohol que consumen en :

1.- *Abstemios*.- son bebedores que no responden, quienes o bien no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia, no tiene Interés en repetir la experiencia.

No bebedores preocupados, que no solamente se abstienen si no que buscan persuadir o coaccionar a otros que comparten su abstinición.

2.- *Bebedores sociales*.- beben con sus amigos. El alcohol es parte de su socialización, pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora, esta es rara, puede ocurrir solo durante una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta o el día de año viejo, momento en que se permite bebida en exceso.

3.- *Alcohólicos sociales*.- se intoxican con frecuencia, pero mantienen ciertos controles de su conducta.

4.- *Alcohólicos* .- se identifican por su gran dependencia o adicción al alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida.

Para que haya etilismo agudo es necesario ingerir bebidas alcohólicas a dosis fuertes, variando los efectos subjetivos y objetivos de los individuos,

las dosis tomadas y la naturaleza de las bebidas ingeridas. Las bebidas artificiales, (aperitivos, cócteles, etc.). que debido a los aceites esenciales que contienen son mas peligrosas.⁽¹⁶⁾

El síndrome de abstinencia , este se puede presentar por un cuadro de delirium tremens (síndrome de abstinencia grave) que puede ocasionar la muerte, debe comenzar a desaparecer a las 12-24 horas. Síndrome de Korsakoff con alteraciones de la memoria reciente, este' puede realizarse de manera insidiosa o súbita, siguiendo un episodio de delirium tremens. La encefalopatía generalmente muestra la triada sintomática de parálisis ocular, alteración del pensamiento.⁽¹⁷⁾

La familia es el grupo primario de pertenencia de todas las personas y es el grupo social más importante en la trama social. La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad⁽¹⁸⁾.

Uno de los problemas fundamentales que involucra el alcoholismo tiene que ver con las repercusiones familiares. Este tal vez sea el trastorno mas severo y el menos valorado en el enfoque de la medicina reductiva biologista. Una de las teorías que permiten conceptualizar la situación que vive el alcohólico y las repercusiones de la familia, es la teoría general de sistemas y junto con ello lo que ha dado en llamarse el sistema de familia alcohólica.

En 1928, el biólogo austriaco Ludwing von Bertalanffy ⁽¹⁹⁾ inició un análisis de un nuevo enfoque de los problemas biológicos. El enfoque tenía la intención de introducir en la discusión científica una concepción fundamentalmente diferente de la naturaleza de los hechos biológicos, una concepción que subrayaba un enfoque “organísmico” en vez de uno “reduccionista”. En opinión de Von Bertalanffy, la ciencia tradicional, basada con firmeza como lo estaba, en modelos explicativos lineales, de causa y efecto, tenía grandes limitaciones, que sólo podrían superarse por medio del desarrollo de un enfoque en todo sentido distinto a la explicación científica. Para 1945, la Teoría General de los Sistemas, de von Bertalanffy proponía y bautizaba un conjunto de conceptos integrados para encarar problemas holísticos en la ciencia.

La esencia del enfoque sistémico es la atención a la organización, es decir a la relación entre las partes, a una concentración en las relaciones matizadas, antes que en las lineales, y una consideración de los hechos en el contexto en el cual se dan y no aislados de su ambiente. Por lo tanto, el atractivo del enfoque para los teóricos y los clínicos de la familia debería ser evidente por sí mismo, y no es extraño que se haya convertido en el modelo teórico dominante para la terapia de la familia, si bien ha logrado menos éxito como modelo de investigación.

El sine qua non de un sistema es la coherencia de sus características de organización: los elementos deben estar vinculados entre sí en forma descriptible o predecible con coherencia. Ellos son: el concepto de organización;

el concepto de morfostasis (o regulación interna) y el concepto de morfogénesis (o crecimiento controlado). El concepto de organización se encuentra en el centro de los principios orgánicos abrazado por la teoría de sistemas, cuyo concepto más importante es el que las características de organización del sistema producen un todo mayor que las sumas de cada una de sus partes. Es decir, que la conciencia entre los elementos del sistema, la pauta con que se unen las partes, produce algo que no es posible predecir a partir de un conocimiento de las características de cada una de las partes componentes. Así como no podemos predecir las características de un proceso químico a partir de las propiedades de sus elementos que se combinan para formarlo, tampoco nos es posible predecir las propiedades conductuales de una familia con el simple conocimiento de las personalidades del marido, la esposa y los hijos. A la inversa, decimos que sistema alguno se puede entender de manera adecuada o explicar por completo una vez que ha sido reducido a sus partes componentes.

Lo que es más, no es posible pensar un elemento o subgrupo de elementos como si actuase de manera independiente. Por el contrario se propone una entidad organizada en la cual “el estado de cada unidad es limitado por el de otras unidades, o condicionado por él, o depende de ese estado “. La conducta de los miembros de la familia, cuando se encuentran en el contexto de ésta, es modelada y limitada por las conductas simultáneas de todos los otros miembros, por sí solos y en combinación. En consecuencia, el concepto de organización es descriptivo. La teoría sistémica también ve los sistemas vivos como entidades dinámicas, que responden al juego recíproco de las otras dos

grandes fuerzas: una fuerza morfogenética vinculada con el crecimiento, el cambio y el desarrollo, y una tendencia a hacerse organizativamente más complejos a los largo del tiempo; y una fuerza morfoestática (a menudo llamada homeostasis), conceptualizada por lo general como un conjunto de mecanismos reguladores, útiles para mantener la estabilidad, el orden y el control de los sistemas en funcionamiento. Aunque se considera que los sistemas vivos tales como las familias responden a las dos fuerzas, los mecanismos morfoestáticos en la medida en que cumplen una función reguladora, tienden a equilibrar y modelar el peso y la dirección de las características morfogénicas.

En cuanto a la familia, esto significa que siempre existe un vaivén entre el deseo de la familia de mantener su estabilidad y el deseo de cambiar y crecer. En algunas familias, la necesidad de estabilidad parece ser la que triunfa, y el cambio sólo se produce en respuesta a tremendas presiones. En tales familias, los mecanismos morfoestáticos ejercen un efecto tiránico, comprimen las aspiraciones de desarrollo hasta que ya no es posible contenerlas, y estallan, a menudo en forma de una gran crisis de la familia. En otras familias parecieran ocurrir constantes alteraciones y cambios. Descritas a menudo como caóticas, éstas familias parecen desorganizadas, y no reguladas y descontroladas. La familia “sana” es la que ha desarrollado un adecuado equilibrio entre la morfogénesis y la morfostasis, siendo la clave una adaptación coherente de los mecanismos reguladores y los temas del desarrollo. En éste trabajo nos concentramos en un tipo determinado de sistema de familia: la familia alcohólica. Al utilizar este término, sugerimos que es posible que toda una

familia “tenga alcoholismo”. Ello no significa que todos los miembros de una familia sean bebedores. Más bien quiere decir que aunque un solo integrante de ésta pueda ser identificado como bebedor (por otros miembros de la familia y por el mundo exterior), las conductas relacionadas con el uso del alcohol han llegado a representar un papel importante dentro de los mecanismos morfogenéticos y morfo estáticos del sistema de la familia. En ese sentido, estas dos importantes fuerzas sistémicas que existen en la familia han llegado, en gran medida, a organizarse en torno de la presencia del alcoholismo o a ser deformada por éste. Las conductas morfoestáticas han sido modeladas por determinados aspectos de la conducta interactiva vinculada con el alcohol, o los han incorporado. La forma general del desarrollo del ciclo vital familiar ha resultado deformada por la superposición de una historia de vida alcohólica sobre el ciclo de vida habitual de la familia. En otras palabras, estas familias se han convertido en sistemas alcohólicos, éste sistema de remodelamiento es el que adquiere mayor importancia de desarrollo para la familia, asumiendo la forma de periodos inadecuadamente prolongados y extendidos de conducta relacionada con la fase (dominada por principios morfoestáticos) y de una tendencia correspondiente a rechazar la conducta de transición para el desarrollo (los momentos en los cuales es característico el predominio de las fuerzas morfogenéticas). Se pone el acento en la estabilidad a corto plazo de la vida de la familia, en detrimento de todos los otros temas. Por lo que todos los desafíos a esa estabilidad se interpretan primero como amenaza para el status que, se hace caso omiso de las posibilidades de crecimiento inherentes a tales desafíos, como consecuencia se frustra el movimiento hacia una transición de

desarrollo, y la fase de desarrollo de la familia en esos momentos se prolonga mucho más allá de su vida natural. La impresión clínica es la de que la familia se encuentra congelada en el tiempo; las consecuencias para el desarrollo son un achatamiento del ciclo de vida acostumbrado.

Esto no quiere decir que nunca se produzcan transiciones en las familias alcohólicas. Pero cuando ocurren, son el resultado de extraordinarios desafíos al status y por lo tanto, sólo cuando las familias se ven obligadas a hacer frente a tensiones extraordinarias se reconocen con éxito las transiciones de una etapa de desarrollo a la siguiente. Paradójicamente, buena parte de nuestra comprensión de cómo se producen las deformaciones del desarrollo en las familias alcohólicas proviene, no tanto de un enfoque de las conductas morfogenéticas como de nuestro estudio sobre las conductas reguladoras de la familia, las conductas que reflejan los principios morfoestáticos que funcionan en la familia.

La forma en que ésta controla y regula su vida nos resultó de suma utilidad para entender por qué algunas familias parecen avanzar por el ciclo de vida de manera ordenada, en tanto que otras empantanar o se ven apartadas de un rumbo saludable. Para las familias alcohólicas, las conductas reguladoras son de importancia en dos aspectos. Primero ayudan a modelar las pautas generales de la conducta de la familia y tales pautas son receptivas, en formas diferenciadas, de la presencia de alcoholismo crónico. Es decir, que ciertos estilos de familia parecen conducir al florecimiento del alcoholismo en la familia;

otros estudios dan la impresión de ser incompatibles con la bebida crónica. En la primera situación, el alcoholismo tiene más posibilidades de arraigarse; en la segunda, la probabilidad es de que el alcoholismo naciente sea contenido o el alcohólico expulsado de la familia. Esta concordancia entre la personalidad de la familia, según se refleja en sus conductas reguladoras, y la bebida es muy específica. No solo ocurre que algunas pautas reguladoras son más conducentes para el desarrollo de una “familia alcohólica” crónica, sino que inclusive existe una correlación entre distintas pautas de alcoholismo y diferentes estilos reguladores de la familia.

En segundo lugar, los propios mecanismos reguladores pueden ser asimilados por el alcoholismo y las conductas vinculadas con el alcoholismo. En estos casos las conductas reguladoras no sólo son adoptadas por el alcoholismo, sino que llegan a ser alteradas para hacerlas más compatibles con el mantenimiento del alcoholismo. Por ejemplo las estrategias de la familia para la solución de problemas a corto plazo, pueden llegar a basarse en conductas vinculadas con el alcohol (por ejemplo una creciente expresividad afectiva), como componentes nucleares de los esfuerzos para la solución de problemas. En tales casos, el alcoholismo ha invadido en la práctica un aspecto fundamental de la vida de la familia. Una vez que se ha aferrado de ese modo, el alcoholismo es mantenido por las conductas reguladoras de la familia, en lugar de ser contenido o eliminado de la vida de ésta.

En consecuencia, puede pensarse que nuestro modelo de sistema de familia en el caso 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 éste se han convertido en *principios organizadores centrales* en torno de los cuales se estructura la vida de la familia.

2.- La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia. Por lo general, esta alteración impulsa a la familia en la dirección de un acento sobre la estabilidad a corto plazo (regulación), a expensas del crecimiento a largo plazo.

3.- El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento sistémico se advierte con mayor claridad en los tipos de cambios que se producen en las conductas reguladoras, a medida que la familia adapta poco a poco, su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo.

4.- A su vez, los tipos de alteraciones que se producen en las conductas reguladoras pueden verse en su profunda influencia sobre la forma general del crecimiento y desarrollo de la familia. Son cambios en el ciclo normativo de la vida de ésta, que hemos denominado “deformaciones del desarrollo”.

En el presente trabajo la descripción del modelo de la Historia de vida de la familia está dividida en dos partes: primero, una descripción de las propiedades de la morfostasis en el sistema de la familia y una explicación de cómo se modifica casi siempre la regulación cuando aparece en escena el alcoholismo; y segundo, un enfoque del crecimiento de la familia, y de las formas en que puede resultar deformado el rumbo más normativo del desarrollo de la familia, cuando ésta llega a organizar su vida en torno del alcoholismo crónico.

Conducta reguladora en la familia alcohólica.

Dentro del supuesto básico de la terapia familiar, la conducta de la familia está pautada, es predecible y estable; se encuentra sometida de manera constante a desafíos potencialmente abrumadores: presiones económicas, decisiones políticas y exigencias de redes de apoyo u organizaciones más grandes de las cuales forma parte. Y también es desafiada en su interior debido a que sus integrantes, tienen sus propias agendas, necesidades psicológicas y requerimientos físicos. Consciente de la existencia de esta multiplicidad de tensiones internas y externas y a pesar de vivir en un medio en constante cambio, choques repentinos e impredecibles, la familia logra mantener un sentido de equilibrio, coherencia y regularidad en su ciclo de desarrollo. Para explicar los mecanismos incorporados que regulan la vida familiar, le dan estructura organizativa y determinan las reglas conductuales, los teóricos de los sistemas de familia emplean el término de homeostasis de la familia.

De acuerdo a Don Jackson ⁽²⁰⁾ el concepto fisiológico de homeostasis, era una excelente metáfora para los procesos reguladores de la familia, en el modelo fisiológico primitivo se pensaba que la constancia ambiental del organismo era conservada por medio de una serie de fuerzas hormonales y neurológicas que se denominaban “mecanismos homeostáticos”. Sus elementos claves son una serie de servomecanismos periféricos que actúan como dispositivos sensores que analizan el estado del ambiente en esos momentos y comunican esa información a una unidad procesadora central, el cerebro. La salida (acción) adopta la forma de una serie integrada de respuestas adaptadas o modificadas en forma constante, cuando la información revisada sobre el ambiente es enviada por los sensores periféricos a la unidad procesadora central.

De tal manera que hay tres características esenciales del modelo homeostático de regulación fisiológica: La necesidad de conservar un ambiente interno dentro de una esfera limitada, porque el funcionamiento óptimo se obtiene de esa esfera; La existencia de dispositivos sensores para monitorear de manera continua importantes parámetros ambientales; y la presencia de mecanismos coordinados de entrada- salida, ordenados en una serie de lazos de repercusión circular (retroalimentación). La particular contribución de Jackson fue su afirmación de que tal modelo era también un descriptor competente de la conducta reguladora en las familias.

El modelo fisiológico de la homeostasis sugiere asimismo tres maneras en que los mecanismos homeostáticos podrían funcionar mal. La primera sería una

falla de los sensores periféricos. Segundo, las pautas de respuesta pueden ser ineficaces o inadecuadas, debido a una falla en la procesadora central, en lo que se refiere a interpretar de modo correcto los datos que ingresan y a poner en marcha una respuesta adecuada, o bien ser la consecuencia de una falla del propio sistema de respuesta. Por ejemplo una enfermedad cardíaca o de los vasos periféricos imposibilita el control adecuado de la presión sanguínea, independientemente de las señales que se emitan.

El tercer tipo de falla se da cuando los sensores ambientales se encuentran calibrados de manera inadecuada. En relación a la familia podemos imaginar fallas de homeostasis nacidas de las tres fuentes. Algunas familias no pueden sentir cuándo se ha movido su ambiente interno a una distancia inaceptable respecto de su gama óptima. Otras familias son capaces de sentir que algo anda mal, pero movilizan programas de comportamiento inadecuado en respuesta a esa información. Por último algunas familias han establecido límites ambientales inadecuados para la activación de mecanismos homeostáticos correctivos. Este último tipo de falla es el más pertinente en lo que se refiere a la familia alcohólica, por ejemplo, cuando se habla de una rigidez característica de los mecanismos reguladores en la familia alcohólica, nos referimos específicamente a la tendencia de tales familias a fijar sus termostatos internos en una escala muy estrecha y poco adecuada. En tales familias, los mecanismos homeostáticos resultan activados con demasiada facilidad. El menor cambio de ambiente exige reacciones que en forma dictatorial, mantienen la estabilidad general en el ambiente interior de la familia.

En apariencia, las familias interpretan mal los cambios de desarrollo, y dan por entendido que son amenazas inaceptables para la homeostasis general. Las respuestas son rápidas y parecen orientadas al mantenimiento del status quo. La familia y su conducta dan la impresión de encontrarse organizadas en torno de un objetivo principal, de conservar la estabilidad a corto plazo. Como consecuencia de ello, los desafíos del desarrollo son mal interpretados y mal manejados. La familia muestra tener una notable estabilidad, si se mide ésta sólo en términos de predictibilidad de la conducta, pero esa estabilidad se logra a expensas de la flexibilidad y adaptabilidad. El efecto general es de creciente rigidez frente a las exigencias del desarrollo o del ambiente. Cuando estas exigencias superan, por último, los poderes dictatoriales de los mecanismos homeostáticos de la familia, el resultado es casi siempre explosivo. La familia se desintegra, cuando las presiones por el crecimiento y el cambio desbordan los complejos mecanismos del control establecidos.

ESTRUCTURAS REGULADORAS PROFUNDAS

De acuerdo a Steinglass ⁽²¹⁾ cita la familia se comporta como si estuviese gobernada por principios reguladores subyacentes (homeostasis), que a su vez engendran una serie de reglas que establecen líneas orientadoras de la conducta y producen secuencias de conductas pautadas, no causales. Dos elaboraciones que han resultado útiles para describir los mecanismos reguladores subyacentes en la familia alcohólica son las de temperamento de familia e identidad de familia. Estas elaboraciones sugieren maneras para poder identificar importantes

diferencias entre las familias y ofrecen una serie de dimensiones con las cuales compararlas. Permiten comprender los singulares procesos de regulación de la conducta en la familia alcohólica.

El temperamento es una entidad psicológica que se refiere a una serie de estilos de respuesta conductual y de pautas de actividad que tienen sus orígenes en la vida temprana de la persona ⁽²²⁾. El temperamento de la familia es un concepto similar. Se refiere a los niveles de actividad y los estilos de respuesta característicos, exhibidos por las familias mientras se ocupan de modelar sus rutinas cotidianas y de solucionar problemas. Aunque es de suponer que se trata de un producto auditivo de las características temperamentales de los individuos que componen la familia, el temperamento de la familia es a la vez el producto de una coincidencia única entre los temperamentos individuales. En este sentido, es una verdadera propiedad sistémica de las familias, una de esas estructuras subyacentes, profundas, que orientan la regulación de la vida de la familia.

El temperamento de la familia es producto de tres propiedades fundamentales: el nivel de energía típico de la familia; la distancia de interacción preferida por la familia; y la esfera conductual característica de la familia. A su vez, estas tres propiedades temperamentales ejercen una función reguladora para la familia al establecer en la práctica, una serie de líneas de orientación aceptables dentro de las cuales tiende a darse las conductas de la familia. El nivel de energía de la familia establece orientaciones sobre la actividad conductual; la distancia de interacción preferida por la familia establece orientaciones en relación con la

permeabilidad de los límites; y la amplitud conductual de la familia establece líneas orientadoras respecto al grado de variabilidad que la familia manifiesta en sus pautas de conducta interaccional. Una vez que estas orientaciones se hallan establecidas, la familia desarrolla una serie de rasgos conductuales reconocibles, que son los correlatos observables de sus propiedades temperamentales subyacentes. A estas alturas podremos describir a una familia como dueña de una gran energía, a otras como una familia de baja energía, familia flexible, familia rígida (alta o baja tolerancia en relación con la novedad); a una familia como abierta al mundo exterior, a otra como protectora y cerrada. Es claro que ha medida que se agregan nuevos miembros a la familia sufrirá desplazamientos para adaptarse a esos cambios. Las familias cuyo temperamento les permite una amplitud más extensa de conductas, mayor tolerancia de la incertidumbre, mayor flexibilidad en el moldeamiento de su conducta, adaptarán, según todas las probabilidades. A nuevos miembros de una manera más flexible. Las familias del otro extremo del espectro tendrán a imponer su estilo de conducta a un nuevo miembro, en forma dictatorial, y a menudo con consecuencias desdichadas.

Cuando exploramos la relación entre el temperamento de familia y el alcoholismo crónico, también concentramos nuestra atención en las formas en que “encajan” conducta y ambiente. Pero en esta ocasión “el ambiente” es lo sensible a las orientaciones temperamentales. El ambiente de interés es el intento de la familia, en respuesta a imperativos temperamentales: el nivel de actividad de la familia, la variabilidad de la interacción y demás. La “conducta” que interesa ahora gira en torno del alcoholismo. El foco es la relación entre

temperamento de la familia y las pautas y las pautas de uso del alcohol. El interrogante fundamental es el de si ciertos estilos de temperamento y determinadas pautas del uso del alcohol tienden a ir juntos, y si, en rigor, reflejan una capacidad para encajar que resulta un esfuerzo recíproco. Si existiese ese proceso nos ayudaría a entender por qué en ciertas familias el alcoholismo crónico y la conducta de la familia parecen formar un vínculo estable, en lugar de uno volátil.

Los estudios de adaptación al individuo-ambiente o de la capacidad para encajar entre diadas han sugerido que cuando las características temperamentales no “encajan”, se dispone de variables potenciales para asimilar el estilo temperamental del pequeño. Por ejemplo en la diada madre-niño, la madre se adapta en general al estilo temperamental de este último. Si se trata de adaptación del individuo al ambiente, es posible que la persona modifique su conducta para encajar mejor en el contexto ambiental. Por otro lado es posible emprender un proceso de adaptación recíproca. Las parejas de recién casados pasan siempre por tal proceso. Finalmente pudiera ser que una de las partes o las dos decidan romper. Si el choque es entre la persona y su contexto ambiental, la “solución” podría consistir en encontrar un ambiente más adecuado, en lugar de tratar de cambiar el ambiente.

Las mismas tres opciones existen cuando el problema es el alcoholismo y la familia. Las personas alcohólicas no son todas iguales. Sus conductas, incluidas sus pautas de uso de la bebida, varían mucho, por lo tanto imponen

exigencias y presiones muy diferentes sobre los ambientes en los cuales tratan de florecer. Si es esta ecuación leemos “familia” en lugar de “ambiente”, los distintos tipos de alcoholismo impondrán diferentes exigencias, y obligará a la persona a dejar de beber o irse. Pero en otras familias se logrará una “adaptación” aceptable. O sea, que en esos casos el temperamento de la familia es compatible en todo sentido con la coexistencia del tipo especial (pauta) de alcoholismo manifestado por el miembro de la familia alcohólica.

Identidad de familia: Se define como el sentimiento subjetivo de la familia, de su continuidad a lo largo del tiempo, su situación del momento y carácter. Como tal, la identidad de la familia es una estructura cognoscitiva subyacente, una serie de creencias, actitudes y atribuciones fundamentales que la familia comparte respecto de sí misma. La gestalt de cualidades y los atributos es la que convierte en una familia determinada y la diferencia de otras familias. Como elaboración a nivel de la familia, la identidad de esta es análoga a la elaboración del nivel individual de la identidad del yo, conceptualizada por Erickson ⁽²³⁾. Al igual que la identidad del yo, es subjetiva y reflexiva por definición; debe resonar en el seno de la familia de la cual es la identidad. En la formulación de Erickson hay una fusión del núcleo de la persona y la coherencia interior del grupo o grupos con los cuales está identificado: El término identidad expresa, una relación recíproca en el sentido de que connota una igualdad persistente dentro de uno mismo y un persistente compartir con otros cierto tipo de rasgo esencial.

La identidad familiar también se caracteriza por la subjetividad. Pero nuestra noción de identidad familiar va más allá de la suposición de que la familia es un determinante de la identidad individual. Es más bien, un fenómeno psicológico grupal que tiene como cimiento un sistema de creencias compartidas ó paradigma de la familia que son los supuestos implícitos respecto de funciones, relaciones y valores que regulan la interacción en las familias y otros grupos⁽²⁴⁾. Este paradigma familiar referido por Reiss ⁽²⁵⁾ es una concepción compartida por la familia acerca de su ambiente de las disposiciones de respuestas perceptuales y cognoscitivas de sus miembros, y de la influencia recíproca de tales disposiciones. A su vez estas concepciones modelan la conducta de la familia. Se postula una capacidad similar para los temas de familia subyacente, que son descritos como “pauta de sentimiento, motivos, fantasías y comprensiones convencionalizados” que organizan la concepción que la familia tiene de la realidad. Los temas de encuentran implícitos en las orientaciones familiares, en sus nociones de “quien somos” y de “lo que hacemos al respecto”.

Por otro lado las reglas familiares, subrayan la naturaleza vinculante, antes que la organizadora, de los sistemas de creencias. Fisher ⁽²⁶⁾ postula que las reglas de la familia son directivas obligadas respecto de las formas en que los miembros de la familia deben relacionarse entre sí y con el mundo exterior. De tal manera que la identidad de la familia desempeña una función mucho más poderosa que el temperamento de la familia, en la regulación de la transición de las propiedades sistémicas nucleares de las familias, a lo largo de las generaciones. Si una de las creencias compartidas por la familia es la de que el

alcoholismo constituye un principio organizador central para su vida, -nuestra definición de la familia alcohólica-, entonces la continuidad o la interrupción de esa identidad será un gran determinante de si el alcoholismo también se transmitirá a lo largo de las generaciones. Cuando concentramos la atención en los problemas del alcoholismo en momentos de grandes transiciones en la vida de la familia, la identidad de ésta será uno de los elementos centrales de esos análisis.

En consecuencia, la identidad de la familia es una poderosa construcción explicativa cada vez que encaremos temas de continuidad-discontinuidad en la familia alcohólica. En un nivel de dos generaciones, el foco se centra en la transmisión a través de las generaciones. En un plano multigeneracional, la capacidad de la familia para mantener su identidad nuclear determina su capacidad para establecer una serie de tradiciones y creencias compartidas, lo bastante poderosas para exigir plena adhesión de los miembros de la familia a lo largo de varias generaciones. En tales casos, la identidad individual queda sumergida por la identidad enmarcada en la pertenencia a la familia. Nosotros afirmamos que así como una dinastía familiar puede construirse en torno al poder económico o político, también se le puede construir en derredor del alcoholismo.

En éste sentido el alcoholismo podría ejercer un impacto sobre los miembros de la familia como la jerarquía en la comunidad, en lo que se refiere a modelar sus creencias compartidas y el sentimiento de su función en la vida. Así

las identidades de la familia alcohólica que han sobrevivido, intactas, a lo largo de varias generaciones, pueden producir identidades dinásticas alcohólicas que exigen la lealtad de todos y cada uno de los miembros de la familia y, de manera interactiva, influyen sobre las expectativas conductuales, por ejemplo, la de que la próxima generación, por supuesto incluirá a miembros alcohólicos.

CONDUCTAS REGULADORAS OBSERVABLES

El temperamento y la identidad de la familiar son construcciones teóricas y por o tanto difíciles de medir en forma directa y son también poderosos factores que regulan la vida de la familia. Ambos temperamento e identidad familiar como estructuras reguladoras determinan las conductas superficiales de la familia, importantes para la comunidad y regularidad de la vida de ésta, sus características subyacentes pueden inferirse de un cuidadoso examen de esas conductas superficiales identificables descritas en tres categorías: la rutina de todos los días; los rituales de la familia y los episodios de solución de problemas a corto plazo. Cada una de estas conductas es un componente de la vida en todas las familias; y pueden ser evaluadas en forma directa por el método de la entrevista y/o la observación, y cumple una función específica dentro del ambiente interno de la familia y para ofrecer un sentimiento de su singularidad.

De acuerdo a Steinglas ⁽²⁷⁾, las conductas observables de la familia que ofrecen la oportunidad de conocer los procesos subyacentes reguladores de la misma, se pueden agrupar en tres categorías:

- Las rutinas de todos los días
- Los rituales de la familia
- Los episodios de solución de los problemas a corto plazo

LAS RUTINAS DE TODOS LOS DÍAS: Esta categoría agrupa a todas las conductas básicas que dan estructura y forma a la vida cotidiana, tales como: ciclos de sueño, vigilia, preparación de alimentos y consumo, tareas en casa, salida de compras, asistencia a la escuela o el trabajo etc. El uso del espacio y el tiempo por la familia en el hogar son el reflejo de la organización de la estructura del ambiente interno de la familia. La forma en que las familias estructuran el tiempo y el espacio son muy diferentes. Esto es observable cuando se conoce el hogar de una familia por primera vez. Las primeras impresiones que se tienen de las familias son muy diferentes, una familia nos puede transmitir un sentido de orden, calidez; mientras que otra de desorden, con un sentido caótico. Una breve mirada al hogar de una familia, nos permite tener una idea de la personalidad de la misma, de su amor propio, sus valores y su sentido de orden. Cuando las rutinas familiares poseen pautas reconocibles y predecibles, proporcionan a cada miembro de la familia un sentimiento de comodidad y orden. Las rutinas cotidianas revelan aspectos de la familia, como: ritmicidad, intensidad variable de la conducta. La conducta del uso del alcohol en cada alcoholíco, también posee las características de ritmicidad o periodicidad (tomar todos los días, cada fin de

semana, cada fiesta familiar, etc.) intensidad (grado de embriaguez) y un grado característico de predictibilidad.

LOS RITUALES DE LA FAMILIA: Para que un ritual sea considerado como tal, se requiere poseer las siguientes características:

- a) Ser una conducta con un principio y final claro, con la cualidad de no ser interrumpido
- b) El ritual debe ser considerado como una conducta especial. La familia debe tener conciencia de ello
- c) La conducta debe tener carácter prioritario sobre cualquier otra
- d) El episodio debe tener un fuerte componente simbólico. Whitaker ⁽²⁸⁾ en relación al concepto del simbolismo, reafirma lo señalado por Freíd, en el sentido de que nada carece demasiado de importancia, que toda expresión humana es simbólica y por lo tanto significativa. Para él lo simbólico es algo que representa más de lo que especifica.

Los rituales poseen la característica de ser: transmisores y memorables. Transmiten elementos importantes de la cultura de una generación a otra y contiene elementos ejecutados por otras generaciones. Los rituales del presente persistirán en alguna forma en el futuro. De acuerdo a Steinglas ⁽²⁹⁾,

los rituales pueden organizarse en tres categorías de conducta familiar: Celebraciones Familiares; Tradiciones familiares; Rutinas pautadas. Aún cuando todas las familias practican los rituales, las diferencias se dan en la importancia que éstos tienen en sus vidas. El nivel de ritualización y la distribución de las áreas de ritualización son diferentes de una familia a otra. Por otro lado los rituales son susceptibles de ser “invadidos” por las conductas del uso del alcohol, y con frecuencia son modificados con el propósito de complacer al miembro alcohólico. Con frecuencia las familias con un miembro alcohólico tienen que luchar por conservar sus rituales, para no ser quebrantados o “invadidos” por el alcoholismo. El nivel de ritualización y distribución de las áreas ritualizadas dependerá de la tipología familiar, según sean, familias rígidas, caóticas, flexibles, etc.

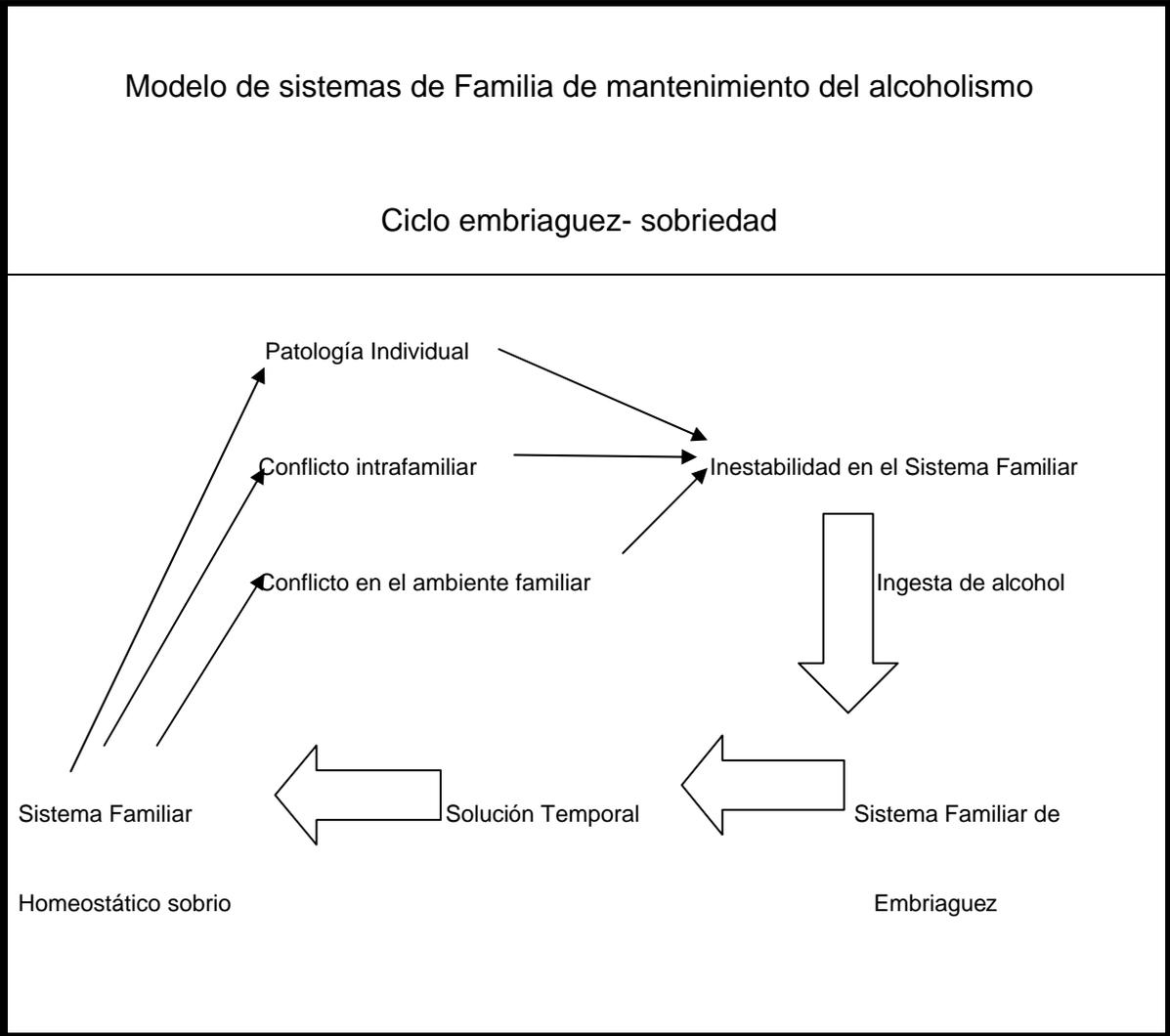
SOLUCION DE PROBLEMAS A CORTO PLAZO

Las propiedades que posee la familia como sistema, se puede apreciar en la forma en que solucionan los problemas que enfrentan. Los sistemas tienen la capacidad de mantener la estabilidad de sus ambientes internos, ante los constantes desafíos de un ambiente externo caracterizado por la inconstancia. Cada vez que sufren desafíos a su estabilidad familiar interna, la familia desarrolla complejas conductas que tienen la cualidad de auto corrección con el propósito de conservar su homeostasis interna. La amenaza a la estabilidad de la familia se puede convertir en un problema; y las conductas reactivas ante tal amenaza, son los intentos de solución que se

dan por parte de la familia. La solución a los problemas sale a la superficie como un grupo de respuestas discretas, una vez que se ha restablecido la estabilidad. Cada familia desarrolla una forma muy especial de resolver sus problemas, una especie de marca registrada de la familia, sin embargo se pueden apreciar tres dimensiones en la solución que las familias dan a sus problemas: El grado de estereotipia de las conductas de solución de los problemas; La expresividad afectiva vinculada a la solución del problema; El grado de cohesión intrafamiliar.

Las familias con un integrante alcohólico al igual que las demás familias, no tienen un estilo de respuestas único o típico. Sin embargo se observan en ellas dos aspectos distintivos:

- Son muy sensibles a la desestabilización, no toleran la incertidumbre, reaccionan de manera vigorosa ante cualquier desafío, en forma agresiva respecto a la magnitud del problema que tienen ante sí.
- La expresividad de la familia aumenta en forma desproporcionada cuando el miembro alcohólico se haya en estado de embriaguez. Esta conducta no se da cuando se encuentra sobrio. El afecto acrecentado es un componente importante en la solución de los problemas en este tipo de familias. Vinculan la solución de problemas con el estado de embriaguez, creándose un ciclo de embriaguez-sobriedad.



EL IMPACTO DEL ALCOHOLISMO SOBRE LAS CONDUCTAS REGULADORAS

El alcoholismo tiene muchas consecuencias profundamente negativas para las familias. Entre otros ingresos perdidos. Abusos contra el cónyuge y los hijos, sanciones públicas, deterioro bio-psico-social, pérdida de la salud. Pero son mucho mayores las consecuencias del impacto del alcoholismo sobre las dos propiedades sistémicas fundamentales de las familias: los procesos reguladores y el crecimiento y desarrollo de la familia, debido a que el alcoholismo posee la capacidad de convertirse en un problema central de identidad para la familia, y que una vez que las familias adoptan una identidad alcohólica, el alcoholismo puede convertirse con suma facilidad en un principio organizador para todo tipo de conductas, en el seno de la familia. Steinglas ⁽³⁰⁾ también señala que en algunas familias, sus características temperamentales son compatibles con los concomitantes conductuales del alcoholismo crónico, y que estos dos parámetros de la vida de la familia se fusionan en una pauta compacta que sirve para estimular la continuidad del consumo de la bebida, en lugar de anularlo.

Estas pautas que estimulan en consumo de alcohol son datos que se infieren a partir de los datos clínicos, y no a través de conductas observables, debido a la imposibilidad de medir directamente el temperamento de la familia, o determinar con exactitud como se relacionan entre sí el alcoholismo y las propiedades temperamentales. Por lo tanto, nuestro esfuerzo por entender en que forma afecta el alcoholismo los procesos reguladores en las familias debería orientarse hacia un examen atento del impacto de aquel sobre las conductas reguladoras observables. Permitiéndonos así, evaluar de manera directa cómo se modifican los rituales de la familia ante una conducta alcohólica. De la misma

manera, la demostración de la existencia de fuertes vínculos entre las pautas de las rutinas cotidianas y las pautas de consumo de bebida nos ayuda a entender el fenómeno subyacente, alcoholismo-temperamento.

La clave para la comprensión del impacto del alcoholismo sobre los procesos reguladores de la familia es el concepto de invasión, que puede explicarse de la siguiente manera: Si bien las conductas reguladoras son estructuras bastante robustas, pueden resultar modeladas y alteradas por una gran cantidad de factores: (rutinas cotidianas, horarios de trabajo y escolares de los integrantes de la familia, arquitectura del hogar, dimensiones de la familia, configuración del vecindario). Sin embargo, la familia elige trabajos, hogares y vecindarios que permitan rutinas compatibles con las predisposiciones temperamentales. Si existen incompatibilidades, y a menos que el factor externo sea crítico para la familia, se los abordarán o cambiará con vistas a conservar las pautas de las rutinas cotidianas. Pero si la familia no puede optar, el choque de factores externos y rutinas internas que resultará de ello y la necesidad de modificar las rutinas, creará considerable angustia interna en la familia.

Las conductas relacionadas con la bebida son prioritarias, en el sentido de que dominan y hacen a un lado las conductas características del estado no alcohólico, de sobriedad. En rigor, si tuviéramos que señalar el concepto que engloba con mayor claridad la noción de familia alcohólica (una familia organizada en torno al alcoholismo), sería el de invasión de las conductas reguladoras de la familia por el alcoholismo. La invasión por el alcohol adopta

una forma distinta para cada tipo de conducta reguladora. Pero en cada caso, ésta ha sido modificada. Y la dirección de la modificación es tal, que hace más probable-y no menos- que el alcoholismo siga floreciendo. De ahí que el sistema de la familia haya sido modificado en una dirección de apoyo del alcoholismo crónico, y sea ahora un sistema organizado para mantener una constancia de su ambiente interno, frente a lo que antes era una fuerza desestabilizadora: el alcoholismo crónico.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA FAMILIA ALCOHOLICA

Dentro del contexto de la teoría familiar de sistemas, el hablar de morfogénesis, por lo general, se induce al análisis del ciclo vital familiar, la mayor parte de estos modelos se enmarcan por la historia del desarrollo de algunos de los integrantes que conforman la familia, con frecuencia se presta atención a factores de composición (numero y edades de los hijos), para definir las diferentes etapas del ciclo vital. Steinglass propone un ciclo vital de la familia, centrado en las propiedades sistémicas que son comunes al desarrollo de todas las familias. Considera que los cambios que promueven el crecimiento familiar se dan por presiones emanadas del proceso de maduración sistémica y que estos procesos tienen carácter universal. Su modelo sostiene que los cambios con instigados por la familia como unidad. Menciona que las tareas de desarrollo que todas las familias enfrentan a lo largo de su existencia son tres:

- Definición de límites intra e interfamiliares
- Elección de los grandes temas de desarrollo
- Desarrollo de valores y percepciones compartidas.

Aún cuando todas las familias encaran estas tres grandes tareas lo hacen con diferente vigor, de hecho, aparecen en forma invariable; en orden secuencial, epigenético. Con periodos en que predomina un tema sobre los otros, tiene un carácter dominante en una etapa del desarrollo. Propone tres fases de maduración sistémica: Primera fase, fase intermedia y fase final.

FAMILIAS NORMATIVAS

PRIMERA FASE. De expansión, establecimiento de límites y formación de identidad. Se caracteriza por su intensa actividad y cambios rápidos por su optimismo con respecto al futuro. Su tema predominante es la definición de límites. Hasta que la nueva familia establezca con firmeza éstos, podrá considerarse que se trata de una identidad separada, esto le permitirá tratarse a sí misma y por otras familias, como una identidad distinta. En esta etapa la familia define sus límites intrafamiliares: relaciones entre cónyuges y entre éstos y sus hijos. Asimismo se establecen los límites intrafamiliares; relación con las familias de origen de ambos cónyuges. En tanto estos límites no sean claros y precisos la familia se verá amenazada constantemente por un proceso de fusión con una

o ambas familias de origen, lo que llevará a la recién formada familia a reproducir el tipo de matrimonio que tenían los padres de uno o de ambos, asegurándose la continuidad de las creencias compartidas que están en relación con la formación de la identidad familiar.

La terapia estructural concede a los límites gran importancia, al considerar a éstos como una variable para definir la normalidad, al señalar que se puede afirmar que un sistema familiar es normal cuando existen límites claros y flexibles entre el sistema y su medio ambiente, así como entre sus subsistemas ⁽³¹⁾ Así mismo hace énfasis en los conceptos de: estructura familiar y el ciclo evolutivo de la familia. En las familias que cursan esta primera etapa, se encuentra presente un elemento más que el sentimiento de lealtad hacia la familia de origen. Este sentimiento es vivido por los cónyuges de diferente manera. Uno puede experimentar un gran afecto y lealtad hacia su familia precedente y al mismo tiempo desear continuar con las características de su familia de origen. Otro puede desear crear una familia total o parcialmente diferente. Boszormenyi-Nagy ⁽³²⁾ aborda el tema de lealtades invisibles con profundidad, afirma que los votos de lealtad hacia la familia de origen parten de leyes paradójicas: el mártir que no permite que los restantes miembros de la familia elaboren su culpa, es una fuerza de control mucho más poderosa que el mandón vocinglero. Las determinantes relacionales más profundas del matrimonio se basan en un conflicto entre la lealtad no resuelta de cada cónyuge con la familia de origen y su lealtad hacia la familia nuclear. Todo paso dado en dirección a la madurez emocional, representa una amenaza implícita de deslealtad hacia el sistema. Con frecuencia la sociedad

interpreta como traición los pasos normales en pos de la autonomía ⁽³³⁾. Esta etapa es la ideal para que las parejas encaren los problemas de formación de identidad de la familia. No es la única oportunidad que tienen; pero a medida en que avancen en su ciclo vital, les resultará más difícil.

Fase Intermedia. De consolidación, compromiso y estabilidad.

Son tres las características de ésta etapa:

- Selección de una cantidad finita de temas de organización centrales para la vida de la familia.
- Compromiso con un grupo de reglas estables que regulen las conductas y relaciones en el seno de la familia.
- Surgimiento de una serie de programas de conductas repetitivas, muy estructuradas. Se conforman las rutinas cotidianas y de días especiales. Se establecen las estrategias para enfrentar los problemas de la vida diaria. Los programas de conducta proporcionan a la familia; coherencia y estructura y además refuerzan las reglas familiares por medio de la ejecución repetitiva. Esta es la fase más prolongada, el ritmo de cambio es más lento, el crecimiento es escaso, las fuerzas homeostáticas y las conductas reguladoras observables de la familia predominan. Los problemas de identidad son más implícitos que explícitos. Para algunas

familias ésta es una etapa de logros, de enorme riqueza, para otras, representará la anulación de sus sueños más caros, y para algunas más, se caracterizará por el aburrimiento y la tiranía de las rutinas cotidianas.

Al final de esta etapa, el sistema familiar enfrenta dos desafíos:

- 1) La familia encara una serie de pérdidas. Las cuales pueden ser físicas (muerte de los abuelos, los hijos se van etc.) u otro tipo como la jubilación o bajo rendimiento de productividad en el trabajo.

- 2) La familia enfrenta una serie de nuevas adquisiciones (amistades de los hijos, cónyuges y nietos). Las nuevas adquisiciones ejercen presión sobre el sistema familiar al aportar nuevas formas de conducta e ideas, en tanto que la familia se esfuerza por conservar sus conductas reguladoras. Cuando esta presión va en ascenso, la familia refuerza sus conductas, en ocasiones a tal grado que los esfuerzos por neutralizar estas presiones generadas por las pérdidas y agregados llevan al sistema familiar a un estado de rigidez que en la práctica congela la familia en el tiempo.

El grupo de Asociados de Milán⁽³⁴⁾ hace grandes aportaciones en este sentido al afirmar que la familia patológica no percibe las variaciones que sus conductas sufren con el paso del tiempo, porque su sistema de significados o creencias permanece fijo. La sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas que están sometidas constantemente a variaciones y las

creencias que permanecen inalteradas porque los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento. Este grupo maneja con gran habilidad las prescripciones ritualizadas.

Ultima fase. De expansión, aclaración y legado.

En esta etapa la familia busca su lugar en la historia, busca trascender. Una de sus preocupaciones es la de redefinir sus límites, sin embargo el tema más importante es la preservación de la identidad familiar. El sistema familiar se enfoca a seleccionar las reglas y los valores que componen la percepción compartida de sus miembros, están en la búsqueda de la esencia de la familia como grupo. En este primer paso, la familia tiene que identificar que quiere transmitir, es un paso de clarificación y destilación de los aspectos nucleares de la identidad familiar. El segundo paso es la manera en que la familia debe arreglárselas para transmitir ese paquete condensado de temas, valores y reglas a la generación siguiente. En esta última fase lo implícito se hace explícito a fin de permitir que se de el proceso de clarificación de la identidad. Cuando la familia de origen puede verse reflejada con claridad en la nueva familia que se separa, se ha asegurado que el legado de la familia o testamento familiar ha sido transmitido. El elemento nuclear de la delegación es el vínculo de la lealtad que une al delegante con el delegado. La delegación no necesariamente es patología en todos los casos, es con frecuencia la expresión del proceso relacional necesario y legítimo. Al

dejarnos delegar, nuestra vida adquiere dirección y sentido cimentándose una cadena de deberes que trasciende las generaciones ⁽³⁵⁾.

FAMILIAS ALCOHOLICAS

Primera fase. De expansión, establecimiento de límites y formación de identidad. Las familias alcohólicas al igual que las normativas enfrentan las mismas tareas de desarrollo de maduración sistémica familiar, estas tareas son universales. La tarea más importante de estas parejas, es la de elegir entre romper de manera activa con un pasado alcohólico o aceptarlo en forma pasiva. Tienen que encarar el desafío o transigir. Esta etapa ofrece la oportunidad especial de cambiar legados lesivos para la familia, de alejarla de la tendencia a la repetición del alcohol, y desarrollar una identidad familiar más saludable que la de la generación precedente. Esta primera fase es un punto de elección crítico para las familias con herencia alcohólica. La batalla en contra del alcohol se da con anterioridad a la formación concreta de la nueva familia. Muchos de los niños que crecen en hogares alcohólicos, llegan a sus propios matrimonios con la clara idea de si el alcoholismo será o no tolerado por ellos. Un factor importante en la selección del cónyuge será si existen o no evidencias de alcoholismo en la futura pareja. Sin embargo muchos hijos parecen no darse cuenta de que existen señales de alcoholismo en el futuro consorte. Da la impresión de que están totalmente ciegos en ese sentido.

Framo ⁽³⁶⁾ al respecto afirma. Los miembros de la pareja se seleccionan mutuamente sobre la base de redescubrir los aspectos perdidos de sus relaciones objétales primarias, que han escindido y que, al involucrarse con su pareja, vuelven a vivenciar mediante la identificación proyectiva. La pareja mediante este radar emocional debe estimular la recreación del sueño infantil de amor incondicional, a la vez, el futuro consorte debe parecerse lo bastante al objeto interno malo como para permitir ser penetrado por los antiguos odios. La esposa y los hijos son en parte sucedáneos de antiguas imágenes, encarnaciones de introyecciones que permanecían enterradas desde mucho tiempo atrás. Un factor importante en la elección de la identidad en la nueva familia, es la importancia que concede el hijo de una familia alcohólica, para que su familia no contenga características de la familia de origen. Cuando la nueva familia ha decidido no continuar con la identidad alcohólica, definen sus límites de tal manera que el contacto en miembros alcohólico no predomina en sus actividades familiares y sociales, y son deliberados en la selección de sus rituales. Cuando en la nueva familia los límites no están bien definidos, la pareja es muy permisiva y mantienen un grado elevado de contacto con miembros alcohólicos, se muestran pasivas y no se dan cuenta con claridad de los que está en juego, están permitiendo el surgimiento de una identidad familiar alcohólica.

Minuchin ⁽³⁷⁾ en relación al establecimiento de límites indefinidos, señala que éstos privilegian los valores del grupo familiar sobre los individuos que los forman y existe una excesiva intrusión de unos miembros con otros, que

impide el crecimiento personal y familiar. La primera etapa es por tanto el punto crítico en el que las familias con un miembro alcohólico eligen cierto camino, establecen el tono de su identidad familiar, si aceptan o rechazan su herencia alcohólica.

Fase Intermedia. Consolidación, compromiso, y estabilidad. El aspecto medular de esta fase de desarrollo sistémico de las familias es lo que sucede con las conductas reguladoras de las familias alcohólicas. Estos hechos son:

1.- La familia permite la modificación de los rituales con el propósito de adaptarse a las necesidades del miembro alcohólico. La familia concilia, no enfrenta al miembro alcohólico.

2.- Se inicia la invasión a los rituales por parte del alcoholismo.

3.- Las deformaciones en los rituales familiares mantienen la conducta alcohólica.

En esta etapa la familia alcohólica hace una demarcación o clasificación de las conductas, de tal suerte, que las funciones y procesos activados en el estado interaccional de la embriaguez casi nunca se presentan en el estado interaccional de sobriedad y viceversa. El estado interaccional de embriaguez es un fenómeno interesante y viceversa. El estado interaccional de embriaguez es un fenómeno

interesante y único de la familia alcohólica. Según Steinglass ⁽³⁸⁾ en este se observan cuatro características:

1.- Las conductas exhibidas durante este estado son exageradas o magnificadas en comparación con las conductas que se manifiestan cuando la familia cursa el estado de sobriedad. Cuando está presente el alcohol la conducta de la familia es extremista son familias del todo o nada, los puntos intermedios no existen para ellas.

2.- Las conductas de estas familias son estereotipadas, sus pautas son repetitivas confiable y predecibles.

3.- Las conductas futuras de estas familias pueden tener alto grado de predictibilidad.

4.- La solución de los problemas esta vinculada a la conducta de embriaguez.

Las familias alcohólicas se caracterizan además por su intolerancia a la incertidumbre, ponen el acento en la estabilidad de todos los días, impidiendo los cambios de crecimiento normal. Cualquier desafío al sistema es neutralizado en forma rápida y prematura. Esta situación representa un manejo anticipado de dificultades, tensiones y afectos, para que nunca lleguen a un nivel en el cual se puede causar algún problema. Existe en ellas tendencia a la homeostasis. Cuando este modelo de conducta se repite durante meses y años, llega un

momento en que en el sistema familiar la morfostasis y la morfogénesis ya no se encuentran en interacción dinámica. En la familia predominan las fuerzas homeostáticas. La familia en términos de desarrollo se encuentra estancada. El sistema familiar es rígido, inflexible.

Última Fase. Expansión, declaración, y legado.

El tema central de esta fase es: si la identidad alcohólica de la familia será uno de los elementos que habrán de ser transmitidos a la siguiente generación o no. En esta etapa la familia se ve obligada a hacer una declaración explícita acerca del alcoholismo. La familia podrá reiterar su decisión de seguir con el consumo del alcohol o podrá abandonarlo por completo pasando a un estado abstemio. Existen dos factores que hacen que el paso de la fase intermedia a la última resulte traumático para las familias alcohólicas:

- La extrema rigidez de las conductas de la familia alcohólica de la fase intermedia, para quién el cambio es visto como una oportunidad de evaluación y crecimiento sino como una amenaza a la homeostasis familiar. En relación a la rigidez familiar Satir ⁽³⁹⁾ afirma que ésta rigidez y aplanamiento emocional y el escaso repertorio de soluciones para resolver las dificultades son características de las familias disfuncionales.
- El impacto potencial de la pérdida del alcohol. Algunas familias vivirán la pérdida del alcohol como producto de la evolución natural, otras serán

obligadas por factores externos como los internamientos, padecimientos crónicos etc., a dejar el consumo de alcohol. Como el alcohol ha sido para estas familias un tema de gran importancia en sus tareas de desarrollo su pérdida causa efectos traumáticos. Tomado en consideración la decisión familiar de seguir con el consumo del alcohol o abandonarlo por completo.

Deformaciones del desarrollo en la familia alcohólica.

Todas las familias deben pasar por un sistema de maduración sistémica que produce frases cíclicas de expansión y consolidación. En las familias alcohólicas, las deformaciones de desarrollo surgen como producto de la incompatibilidad entre la maduración sistémica y los problemas de desarrollo vinculados con el alcoholismo, son el resultado de los esfuerzos que la familia hace para contrarrestar el alcoholismo o debidos a factores intrínsecos del alcoholismo crónico. De acuerdo con Steinglass los distintos tipos de deformación del desarrollo se clasifica de la siguiente manera:

- 1.- Excesiva especialización temática, esta deformación se produce a consecuencia de la rigidez familiar y la falta de claridad en la definición de temas.
- 2.- Detención del desarrollo, se da cuando la familia permanece demasiado tiempo en una fase del desarrollo.

3.- Cierre prematuro del desarrollo, se produce cuando la familia se ve obligada a encarar demasiado pronto una importante tarea de desarrollo.

Una forma de describir la deformación del desarrollo producido por el alcoholismo es cuando se produce el proceso interactivo, en donde por un lado la conducta de la familia sufre cambios para adaptarse a la conducta alcohólica, en tanto que al mismo tiempo el alcoholismo se convierte en el principio organizador para la vida familiar.

Transmisión intergeneracional del alcoholismo.

El alcoholismo es una enfermedad multidimensional, es el resultado de la interacción de una variedad muy grande de factores, tanto de carácter individual como social, por ser un problema biopsicosocial ⁽⁴⁰⁾ De la misma manera Steinglass sostiene en ese sentido que “ la tarea tal como las delineamos, es directa: necesitamos identificar los componentes del ambiente psicosocial de la familia, que cuando se encuentran presentes, parecen acrecentar la posibilidad de que la conducta alcohólica se repita en la generación siguiente”.⁽⁴¹⁾ Él acepta la importancia que tienen los factores genéticos en la transmisión multigeneracional del alcoholismo. Propone su teoría desde la perspectiva de sistemas de familia, cuyo enfoque es el de las relaciones asociativas entre la conducta ritual de la familia y la transmisión del alcoholismo. Realizó dos estudios: uno de transmisión y el otro de herencia. En el primero evalúa la función representada por la familia emisora en el proceso de transmisión y en el segundo

examina el papel de la familia receptora. Sus conclusiones relativas a la transmisión intergeneracionales del alcoholismo son:

1.- Los rituales de la familia son los mecanismos por medio de los cuales se transmite el alcoholismo de generación en generación. Comprobó plenamente que existe una fuerte relación entre las características de la conducta ritual y de transmisión- no transmisión en las familias por él estudiadas.

2.- Existe una relación entre el ritual y la transmisión del alcoholismo. Las familias en las que se produjo la transmisión del alcoholismo experimentaron alteraciones importantes en sus rituales durante el periodo de mayor consumo de alcohol.

3.- Las familias no- transmisoras protegen sus rituales de los caprichos del alcoholismo de manera especial. Las características cualitativas de premeditación y de rechazo de las familias permiten hacer una declaración específica: la conducta de embriaguez no será tolerada mientras se lleva a cabo el ritual.

4.- La conducta ritual puede ser una variable marcadora para la familia, tal como lo es para el investigador. Esto es de gran importancia para el terapeuta familiar, ya que se encontrará en condiciones de intervenir de manera directa para fortalecer los mecanismos protectores potenciales y aconsejar a las familias sobre los factores de riesgo potenciales.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La magnitud del alcoholismo en México y en el mundo lo ubica como un problema médico, social, legal, epidémico de salud pública. Este problema clínico presenta alto índice de prevalencia en todas las sociedades del mundo, lo mismo en países desarrollados y subdesarrollados. En México actualmente los jóvenes y los niños son el blanco perfecto de la drogadicción, motivada por grandes y millonarias campañas de propaganda que induce al alcohol. Esta situación involucra al grupo familiar. Las estadísticas refieren que el alcoholismo es de más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años que consumían alcohol, los cuales representan el 44.8% de la población de ese grupo de edad.

La trascendencia de esta patología va más allá de los daños individuales y alcanza al grupo familiar. Desde el punto de vista clínico están bien documentados los daños a la salud que produce en el individuo, tanto a nivel hepático como de los Sistema Nervioso Central y cardiovascular. Sin embargo, desde hace años, los grupos de Alcohólicos Anónimos han puesto de manifiesto las repercusiones familiares, en especial en los subsistemas marital y parental.

Lo anterior llevo a proponer abordajes grupales a través de los grupos de ALANOM, con la idea de rehabilitar a toda la familia. A partir de este hecho, muchos investigadores han propuesto la teoría de que existe la "familia alcohólica" como entidad clínica; sugiriendo además ciertos complejos sindromáticos relacionados con roles, tipos de comunicación, rituales familiares y ejercicio del poder, que estarían presentes en este tipo de familias.

Tanto a nivel individual como familiar, el alcoholismo es un problema poco vulnerable a la acción médica. Los centros de rehabilitación caracterizados por aislamiento de los pacientes suelen tener una alta proporción de fracasos, existe la suficiente experiencia clínica que muestra como el alcoholismo es muy poco susceptible al tratamiento médico. En este sentido la vulnerabilidad del alcoholismo está relacionada con el manejo de los grupos AA.

Por otro lado, el alcoholismo es fundamentalmente un proceso socio-afectivo que induce desorganización familiar. La familia se ve sometida a estímulos repetitivos de estrés crónico, lo que la lleva a perder el control de la estructura y las funciones. Este desequilibrio suele ser motivo para múltiples expresiones patológicas: Neurosis, Psicosis y trastornos de la personalidad. En este contexto, el alcoholismo es un problema de la Medicina Familiar; y por ello es fundamental entender su dinámica y repercusiones en núcleo familiar.

A pesar de que existen muchos estudios de investigación clínica y epidemiológica sobre el enfermo alcohólico y su familia; en pocos de ellos se ha mostrado con claridad de que manera se alteran la estructura y la dinámica de la familia. De hecho existen, pocos instrumentos validados para explorar las funciones de la familia con enfermo alcohólico. Es por ello que resulta conveniente estudiar los problemas familiares utilizando instrumentos confiables y sobre todo que hallan sido probados en familias mexicanas.

Tomando en cuenta lo anterior, el problema que nos planteamos en este estudio es: **¿Cuales son las repercusiones del alcoholismo del esposo en el funcionamiento de la familia a la que este pertenece?**

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El alcoholismo sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial. En la encuesta nacional de salud de los Estados Unidos de América (EUA), realizada en 1988, 36% de los hombres y 39% de las mujeres informaron antecedentes familiares de alcoholismo. En dicha encuesta la prevalencia nacional encontrada para consumo de alcohol fue de 51.6%; los menores de 44 años consumieron más alcohol y el porcentaje de consumo fue mayor en los hombres (63.6%) y en la raza blanca (54%) ⁽⁴²⁻⁴³⁾

Como hemos mostrado en la revisión de antecedentes del alcoholismo y sus repercusiones en la familia, este es un problema que rebasa el ámbito médico y repercute a nivel social, legal y familiar. En México, podemos decir que el alcoholismo es un problema cuya magnitud se ubica en el hecho de que más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años consumen alcohol y que representan el 44.8% de la población mexicana ⁽⁴⁾ Los mayores índices de consumo alto de alcohol se ubican en el centro-occidente del país: Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Puebla y Querétaro. A éstos se suman Campeche y Quintana Roo, de la zona sur, y Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas, en el norte ⁽⁴⁴⁾

Pero el alcoholismo es también un problema muy trascendente debido a que produce daños crónicos irreversibles degenerativos en casi todos los órganos de la economía y además, altera de manera severa las funciones de la familia.

En el ámbito rural, este problema clínico repercute en violencia y maltrato a la familia, a pesar de que existen estudios sobre el enfermo alcohólico, en nuestro medio se conoce poco sobre los procesos de funcionalidad familiar, específicamente las dinámicas que genera en la familia nuclear.

La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad, y se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos.

El alcoholismo es un problema de salud pública que repercute de manera negativa en el individuo, la familia y la sociedad, donde ya no es un problema de adultos y hombres, sino un problema de nuestra sociedad actual en la que los jóvenes y los niños de ambos sexos son los blancos de la mercadotecnia de las drogas, y donde, se espera haya un cambio radical con vistas a cambiar esos patrones sociales y sobre todo familiares que nos permitan limitar los daños y prevenirlos mediante apoyos sociales de grupos activistas, instituciones políticas, gubernamentales y de salud instándolos a hacer un frente común contra todo aquello que este minando nuestra sociedad y por ende nuestra salud, en este caso el alcoholismo.

El abuso crónico de sustancias adictivas es un problema de salud pública, debido a la gravedad de sus consecuencias; accidentes automovilísticos mortales, urgencias traumáticas, enfermedades físicas severas, cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, problemas cerebrovascular, pérdidas en diferentes

áreas del funcionamiento de la vida cotidiana, social, psicológica, legal, personal, familiar, económica y laboral.⁽⁴⁵⁾

Por otro lado el alcoholismo es un problema de muy baja vulnerabilidad y muy poco factible de resolver desde el punto de vista medico, la estrategia de mayor impacto en este problema es la que han puesto en operación los grupos de alcohólicos anónimos. No obstante, desde la medicina familiar hay un área de oportunidad importante que es posible utilizar para apoyar a la familia en crisis por alcoholismo y con ello fortalecer la estructura y la dinámica de este grupo primario.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar los efectos del alcoholismo del esposo en la funcionalidad familiar de familias nucleares urbanas

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir las características sociodemográficas de las familias con alcoholismo en el esposo.
- Evaluar la funcionalidad familiar de familias nucleares urbanas donde el esposo es alcohólico utilizando la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional

Universo: Unidad de medicina Familiar No 19 Ciudad Hidalgo, Michoacán

Población: Familias adscritas al consultorio No 1 turno vespertino de la UMF 19 de Ciudad Hidalgo Michoacán.

Muestra: se estudiaron todas las familias que acudieron a consulta de medicina familiar en un lapso comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 30 de septiembre del 2009 y en las cuales se detecto alcoholismo crónico en el esposo, tomando en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Familias nucleares, residentes de Ciudad Hidalgo, Adscritas al consultorios 1 turno vespertino con presencia de alcoholismo en el esposo, que no estén acudiendo a grupos de doble A.

Criterios de exclusión

Familias nucleares, residentes de Ciudad Hidalgo, Adscritas al consultorios 1, con presencia de alcoholismo en el esposo, en proceso de rehabilitación de cualquier forma.

Definición operativa de variables:

Variable dependiente:

Funcionamiento Familiar.

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Para los fines de este estudio se mide con la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Aco. (anexo 1)

Variable independiente:

Alcoholismo: enfermedad crónica, multifactorial con repercusiones biológicas, Psicológicas y sociales, cuyo cuadro clínico caracterizado por compulsión al beber, abstinencia al dejar de hacerlo y tolerancia. Para la identificación de los casos y medir el índice de alcoholismo se utiliza el Test de Michigan (anexo 2) y el Test de Audit (anexo 3).

PROCEDIMIENTOS

Paso 1. Identificación clínica del paciente con alcoholismo atreves, de la consulta externa en la unidad de medicina familiar 19 del consultorio 1 turno vespertino.

Paso 2. Información y firma del consentimiento informado para la participación voluntaria en el proyecto de investigación clínica.

Paso 3. Aplicación individual de las escala de Michigan y Test de Audit, al paciente (esposo) con problemas de alcoholismo.

Paso 4. Cita con la familia para aplicar la Escala de funcionalidad familiar.

Paso 5. Recolección de los datos

Instrumentos

Existen varios instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, uno de los más importantes, pertinentes y de mayor consistencia interna es la Escala de Funcionamiento Familiar (EFF) de la Dra. Emma Espejel Aco ⁽⁴⁶⁾ La EFF explora 9 áreas de funcionalidad familiar que corresponden a: Autoridad, Control, Supervisión, Afecto, Apoyo, Conducta disruptiva, Comunicación, Afecto negativo, Recursos. La confiabilidad estadística reportada en investigaciones previas es de 0.91

La escala de funcionamiento familiar, incluye un genograma y 40 reactivos que investigan nueve áreas que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familia. Ellas son; Territorio o Centralidad, Roles, Jerarquía, Límites, Modos de Control de Conducta, Alianzas, Comunicación, Afectos y Patología. Contiene también un Genograma y datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda, así como espacio para observaciones. Cada una de las áreas incluye de 3 a 5 preguntas.

A continuación definimos cada uno de los términos:

Familiograma o Genograma: esta herramienta propuesta por Espejel en la EFF es la representación gráfica de la familia que nos proporciona datos intergeneracionales de los dos subsistemas padres e hijos, como la edad, el sexo, su ocupación, escolaridad, etc., así como la detección del paciente identificado cuando éste existe ⁽⁴⁷⁾.

Los principios interpretativos para evaluar genogramas nunca han sido establecidos en forma explícita, a pesar de las suposiciones implícitas basadas en los lineamientos de la teoría de los sistemas familiares. En nuestro caso, utilizamos las siguientes categorías para la interpretación:

CATEGORIAS PARA INTERPRETACIÓN DE GENOGRAMAS:

- 1.- ESTRUCTURA FAMILIAR
- 2.- ADAPTACION AL CICLO VITAL
- 3.- REPETICIÓN DE PUTAS A TRAVÉS DE LAS GENERACIONES
- 4.- SUCESOS DE LA VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
- 5.- PAUTAS VINCULARES Y TRIÁNGULOS
- 6.- EQUILIBRIO Y DESEQUILIBRIO FAMILIAR

Al utilizar la EFF es necesario tener en cuenta la siguiente terminología conceptual:

- I. Territorio: este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia
- II. Roles: son las expectativas concientes o inconcientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro

- III. Jerarquía: es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
- IV. Límites: son las reglas que conciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).
- V. Alianzas: se llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.
- VI. Comunicación: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.
- VII. Modos de control de conducta: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.
- VIII. Afectos: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o molestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.
- IX. Psicopatología: se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

De la misma forma, es pertinente tener en cuenta las siguientes definiciones:

- 1.** Dinámica familiar; es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esta atravesando dicha familia.
- 2.** Familia; un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve.
- 3.** Estructura familiar. La forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía.
- 4.** Funcionalidad familiar, la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.
- 5.** Familia primaria nuclear; familia integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.
- 6.** Familia primaria semiextensa; es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.
- 7.** Familia primaria extensa; es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los conyugues o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.

- 8.** Familia reestructurada familiar; es un familia formada por una pareja donde uno o ambos de los conyugues a tenido una unión previa con hijos independientemente de los hijos que conciban juntos.
- 9.** Familia reestructurada semiextensa; es una familia formada por una pareja donde uno o ambos delos conyugues han tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o mas miembros de la familia de origen de alguno de ellos.
- 10.** Familia reestructurada extensa, es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los conyugues ha tenido unión previa con hijos y que viven con la familia de origen de el o ella.
- 11.** Familia uniparental nuclear; una familia integrada por madre o padre con uno o mas hijos.
- 12.** Familia uniparental semiextensa; una familia integrada por padre o madre con uno o mas hijos y que reciben en su hogar a uno o mas miembros de su familia de origen.
- 13.** Familia uniparental extensa; familia integrada por padre o madre con uno o mas hijos que viven con su familia de origen.

Cada uno de los reactivos representa preguntas paradigmáticas, es decir, circulares e interaccionales, cuya significación esta en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso.

Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir aliadas, o triángulos dentro de los subsistemas, o bien

pueden englobar a toda la familia o producir polaridades; un polo cobra realidad en la medida en que difiere del otro, tales posibilidades son el resultado de la estructura de los reactivos de los que subyace la exploración de las diferencias entre los distintos subsistemas familiares.

Distribución de	Ítems de acuerdo a las áreas que explora
Roles	2, 12, 13, 26, 28
Jerarquía	3, 11, 14, 15, 27, 29, 30
Centralidad	1, 4, 5
Limites	6, 7, 9, 10
Modos de control	8, 16, 17, 25
De conducta	
Alianzas	19, 20, 18
Afectos	31, 32, 33, 34, 35
Comunicación	21, 22, 23, 24
Psicopatología	36, 37, 38, 39, 40

2.- Entrevista individual para aplicar la ESACALA DE MICHIGAN, para la detección de alcoholismo. (MAST). Este cuestionario tiene 25 preguntas de tipo si/no, que evalúan los problemas de tipo físico, conductual, psicológico, legal y familiar mas frecuente en las poblaciones de alcohólicos. Su realización requiere de unos 15 minutos. Existe una versión mas corta de solo 10 ítems su objetivo es servir como instrumento de ayuda en la evaluación estructurada de los pacientes

alcohólicos. Se utiliza como un punto de partida que permite después profundizarnos en la investigación del paciente. ⁽⁴⁸⁾

TEST DE AUDIT

Es un cuestionario sencillo compuesto por 10 ítems que exploran cantidad y frecuencia de consumo, conductas dependientes y problemas relacionados con el alcohol. Cada ítem tiene 5 posibilidades de respuesta que puntúan entre 0 y 4, excepto los ítems 9 y 10 en los cuales solo existen tres posibilidades que puntuarían 0-2-4.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.914	10

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.802
		N de elementos	5 ^a
	Parte 2	Valor	.864
		N de elementos	5 ^b
	N total de elementos		10
Correlación entre formas			.873
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.932
	Longitud desigual		.932
Dos mitades de Guttman			.928

- a. Los elementos son: Cuantas consumiciones de bebidas alcoholicas suele realizar en un día de consumo normal, Con que frecuencia en el curso del ultimo año ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado, Con que frecuencia en el curso del ultimo año ha necesitado para beber en ayunas para recuperarse despues de haber bebido mucho el dia anterior, Con que frecuencia en el curso del ultimo año no ha podido recordar lo que sucedio la noche anterior porque habia estado bebiendo, Algun familiar, amigo, medico o profesional sanitario ha mostrado preocupacion por su consumo de bebidas alcoholicas o le han sugerido que deje de beber.
- b. Los elementos son: Con que frecuencia consume alguna bebida aloholica, Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcoholicas en un solo dia, Con que frecuencia en el curso del ultimo año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque habia bebido, Con que frecuencia en el curso del ultimo año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa despues de haber bebido, Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted habia bebido.

Análisis estadístico:

Los datos se concentraron en hojas de Excel y se trasladaron al paquete SPSS versión 15 para Windows. Se utilizó estadística paramétrica y no-paramétrica. La representación de datos se hace en cuadros y graficas..

Consideraciones éticas:

Este protocolo fue autorizado por la comisión de bioética del HGR No.1 Morelia. Para considerar a un paciente como parte del estudio, se les explico el

propósito de la investigación solicitando su autorización por escrito, para lo cual debían firmar una carta de consentimiento bajo información. Este documento está normado por la Ley General de Salud en materia de investigación y en correspondencia con la Declaración de Helsinki ⁽⁴⁹⁾, y otros códigos internacionales ⁽⁵⁰⁾ y nacionales de bioética ⁽⁵¹⁾. El formato de la carta de consentimiento se anexa al final de la tesis.

La declaración de Helsinki en principios básicos señala: “salvaguardar la salud de las personas, obtener su consentimiento para participar en estudios de investigación; por lo que se sugiere que el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente. Además, la investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo.

Todo proyecto debe basarse en una evaluación de los riesgos y beneficios previsible para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Adoptar las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. En el momento

de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial

La Ley General de Salud en México, ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo, propone considerar en materia de investigación que la misma es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología en los servicios de salud e incrementar su productividad.

Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Que en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas.

Como es bien conocido, tanto las leyes mexicanas que regulan la investigación, como los códigos internacionales tienen como finalidad la protección de los pacientes que participan, así como el respeto a la autonomía y los derechos fundamentales de las personas para que libremente decidan cuándo y cómo participan, conozcan los riesgos y en su caso, los beneficios que obtendrían.

7.-RESULTADOS.

Se estudiaron 30 pacientes del sexo masculino, casados y que viven en familia nuclear, ocupando y desempeñando el rol de esposos y padres a quienes se les realizó una entrevista clínica, se elaboró una ficha de identificación y se les aplicó los cuestionarios de Michigan y de AUDIT; previa firma de consentimiento informado (anexo 4).

La edad promedio de los pacientes es de 39.26, con rangos de 25 a 56 como lo ilustra la gráfica 1, la mayor frecuencia corresponde a los 33 años, aunque se distribuye de manera uniforme entre los 37 y los 46 años de edad. La escolaridad de los pacientes se muestra en el cuadro 1, como puede apreciarse, aunque la escolaridad es baja solo el 6.7% reportó analfabetismo, el 60% de los pacientes alcohólicos tienen escolaridad por arriba de secundaria.

Con respecto a la ocupación, predominan los oficios de comerciantes, empleados y choferes como se muestran en el cuadro 2. En la gráfica 2 se muestra la relación entre escolaridad y alcoholismo; llama la atención que el consumo riesgoso sea mayor en el nivel de secundaria y preparatoria, en relación a escolaridad inferior o analfabetismo

Las familias de las que forman parte estos pacientes son nucleares integradas y con un promedio de tiempo de unión marital de 16.8 años y un rango de 6 a 31 años de unión; la gráfica 4 muestra la relación entre el tiempo de unión y

el grado de alcoholismo En el cuadro 3 se muestra la frecuencia en años del tiempo de unión.

. Respecto al ingreso familiar medido en salarios mínimos, el 43% de las familias gana en promedio 8 salarios mínimos y el 16.7% menos de 3; lo que indica se que trata de familias de escasos recursos económicos, se muestra el ingreso per cápita en el cuadro 4 y la grafica 4; donde se relacionan ambas variables.

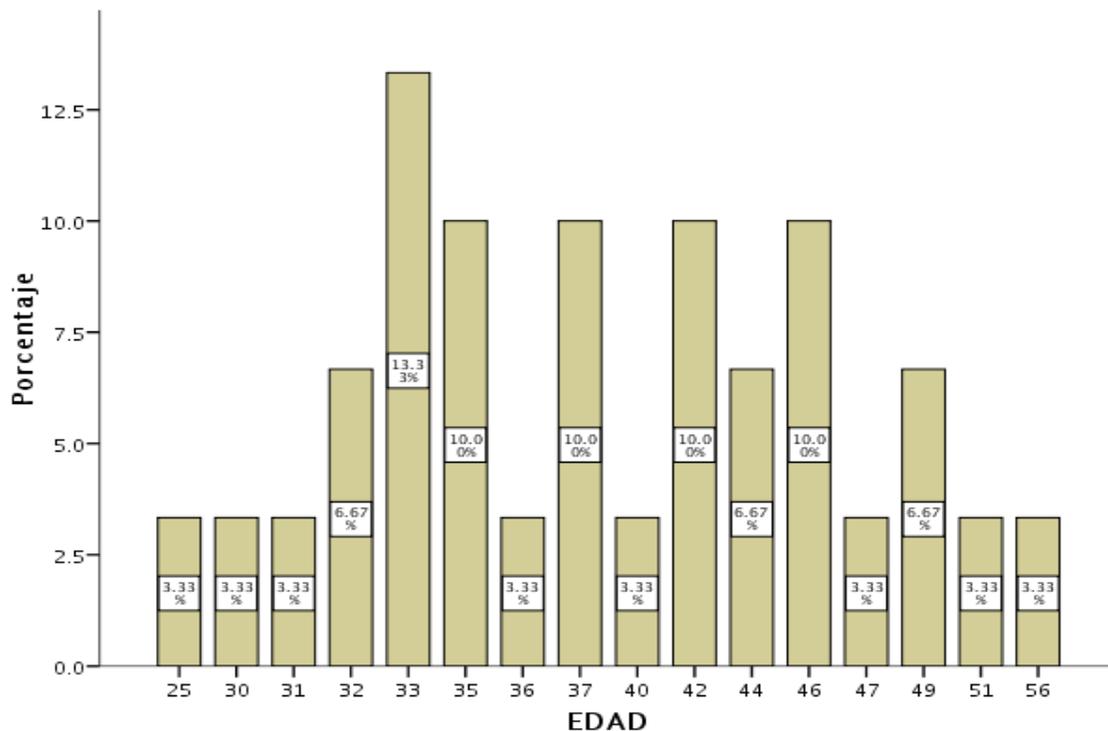
Los resultados de la aplicación de prueba de Michigan se concentran en la grafica N 5. Como puede apreciarse todos los pacientes presentaban puntajes positivos para considerarlos como alcohólicos aunque en grados diferentes.de acuerdo con los resultados de Audit el 26.7% de los pacientes estudiados presentan un consumo de alcohol para considerarlos de bajo riesgo para alcoholismo y 73.3% tiene un patrón de consumo para considerarlos alto riesgo de alcoholismo, cuadro N 5.

Al correlacionar los puntajes obtenidos por la prueba de Michigan y la de Audit para buscar la relación entre el riesgo de alcoholismo y el nivel de consumo encontramos lo que se muestra en la grafica N 6. Puede apreciarse que si hay una correlación entre ambas pruebas aunque no es del todo lineal.

Se aplico la escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Espejel para valorar el funcionamiento familiar, al mismo tiempo se construyó un genograma por cada familia. Como puede apreciarse en el perfil de cada familia, de manera global todas tienen disfunción (puntaje global y puntaje $T \leq 50$); aunque el puntaje

por factor varía y en algunos casos se ubica en el rango de funcionalidad, ver perfiles de funcionamiento familiar 1-30; en la mayoría de los casos el genograma dinámico estructural muestra datos que explican los factores de riesgo familiar involucrados en la disfunción, ver Genogramas 1-30.

Grafica 1. Frecuencia de edad de los pacientes con alcoholismo



Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

Cuadro N 1 Nivel de Escolaridad

ESCOLARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ANALFABETA	2	6.7	6.7
PRIMARIA INCOMPLETA	6	20.0	26.7
PRIMARIA COMPLETA	1	3.3	30.0
SEC. INCOMPLETA	2	6.7	36.7
SEC. COMPLETA	11	36.7	73.3
PREPA. INCOMPLETA	7	23.3	96.7
PROFESIONAL	1	3.3	100.0
Total	30	100.0	

Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

Cuadro N 2. Ocupación.

OCUPACION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ALBANIL	2	6.7	6.7
OBRERO, JORNALERO	5	16.7	23.3
COMERCIANTE	7	23.3	46.7
EMPLEADO	9	30.0	76.7
CHOFER	4	13.3	90.0
CARPINTERO	2	6.7	96.7
PROFESIONISTA	1	3.3	100.0
Total	30	100.0	

Cuadro N 3. Tiempo de unión marital.

TIEMPO DE UNION (años)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 a 10	3	10.0	10.0
11 a 20	20	66.7	76.7
Más de 20	7	23.3	100.0
Total	30	100.0	

Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

Cuadro 4. Ingreso percapita

INGRESO PERCAPITA (Salarios Mínimos)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 a 3	5	16.7	16.7
4 a 7	11	36.7	53.3
8 a 10	13	43.3	96.7
Más de 10	1	3.3	100.0
Total	30	100.0	

Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

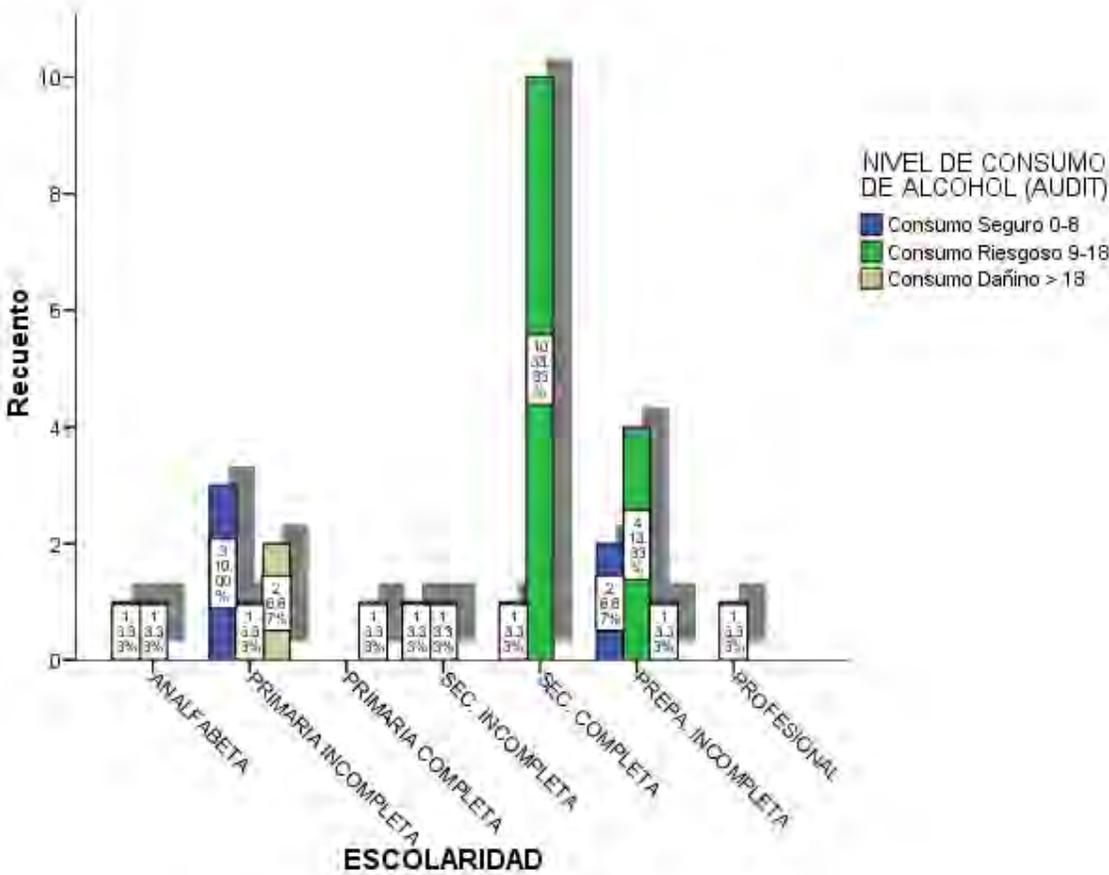
Cuadro N 5. Nivel de consumo

NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consumo Seguro 0-8	8	26.7	26.7
Consumo Riesgoso 9-18	18	60.0	86.7
Consumo Dañino > 18	4	13.3	100.0
Total	30	100.0	

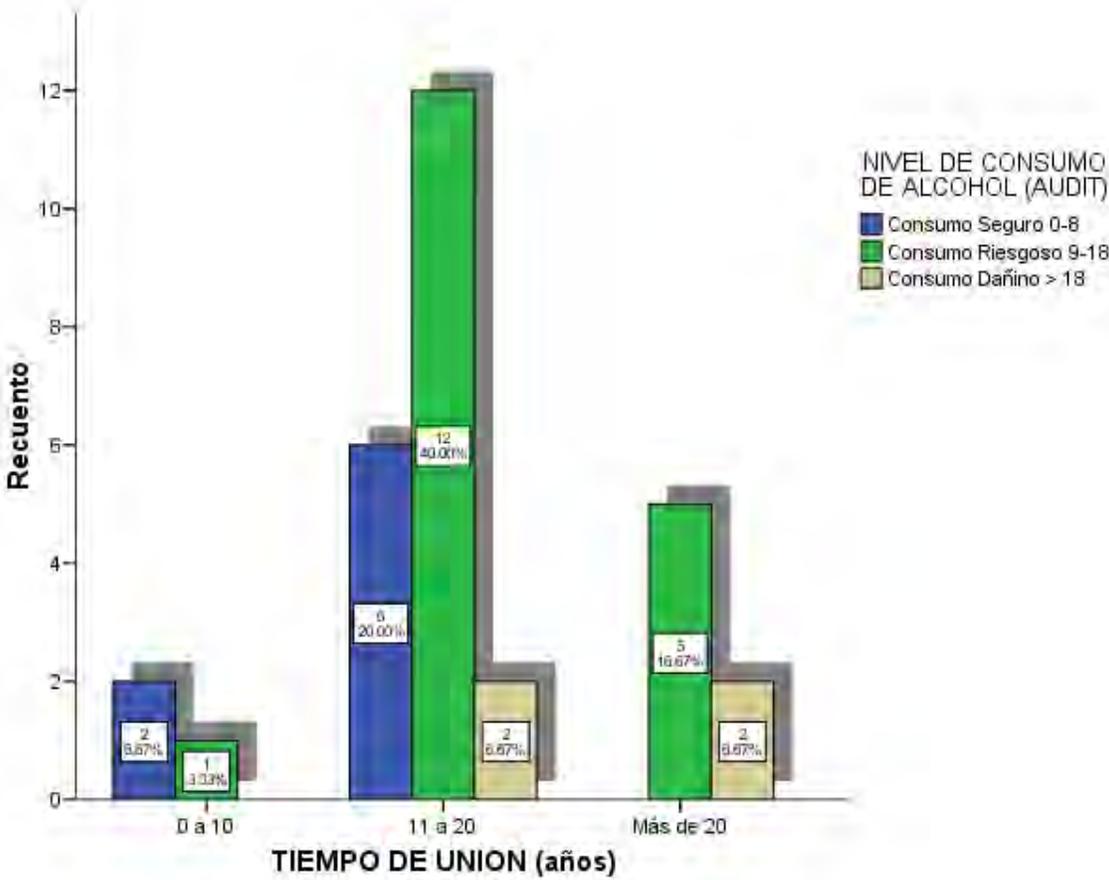
Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

Grafica N 2. Escolaridad y alcoholismo



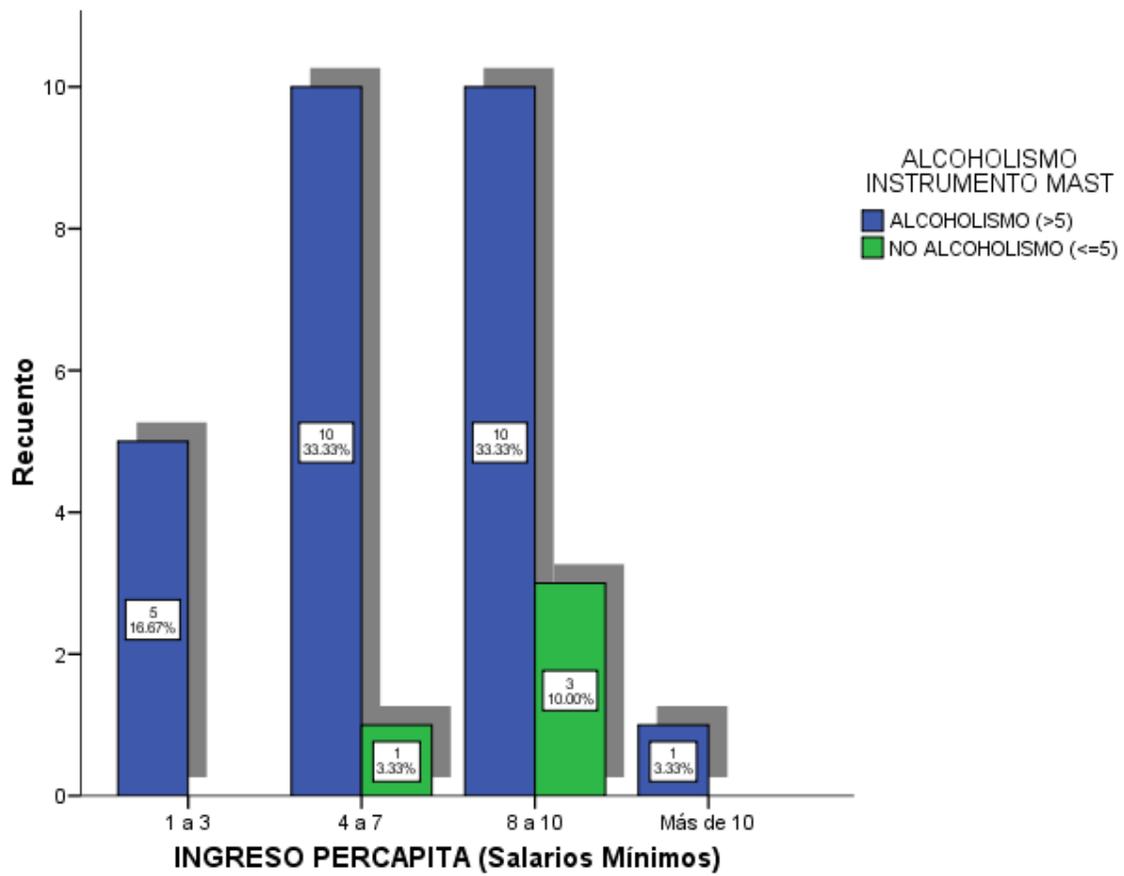
Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

Grafica N 3. Tiempo de unión relacionado con alcoholismo



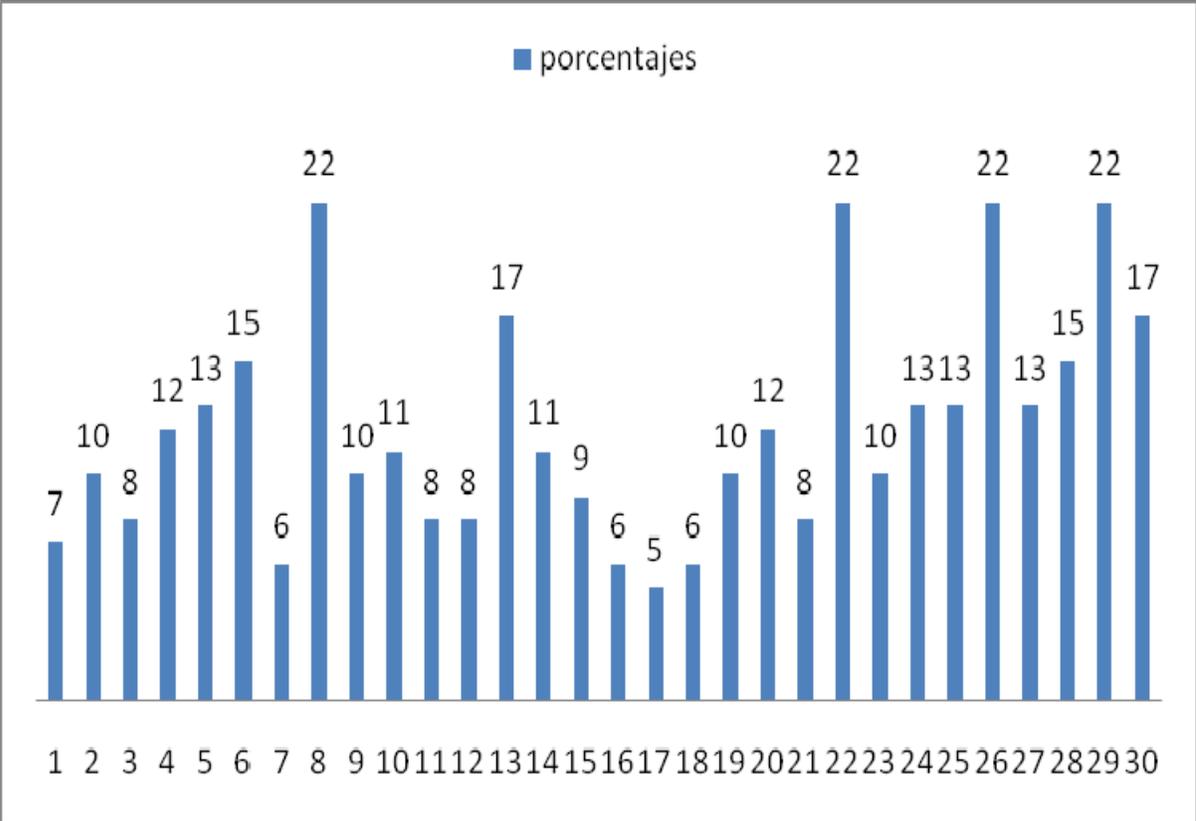
Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

Grafica N 4. Ingreso y alcoholismo



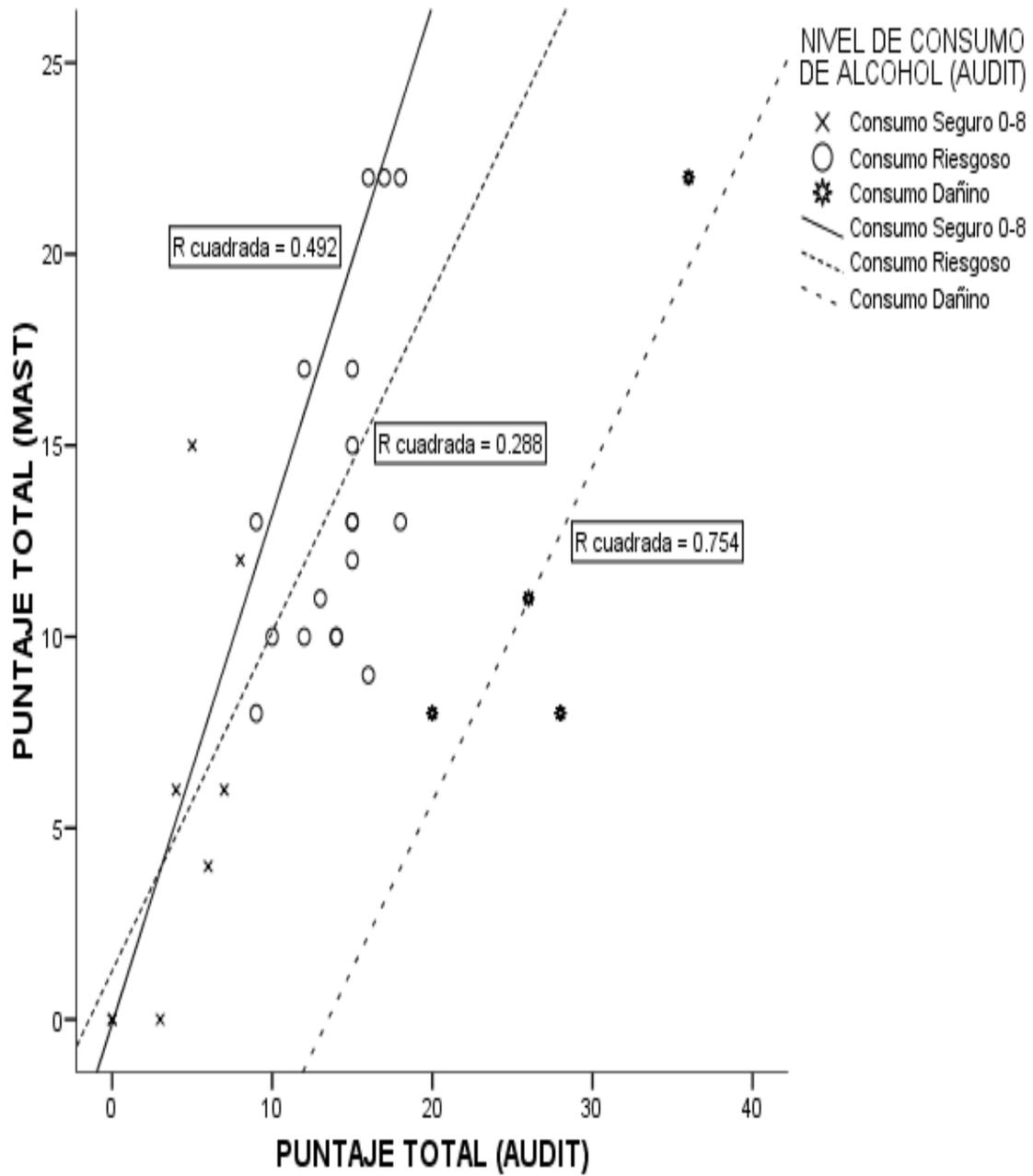
Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

Grafica N 5. Resultados del Michigan



Fuente: estudio realizado en la U.M.F 19 Cd. Hidalgo, Mich.

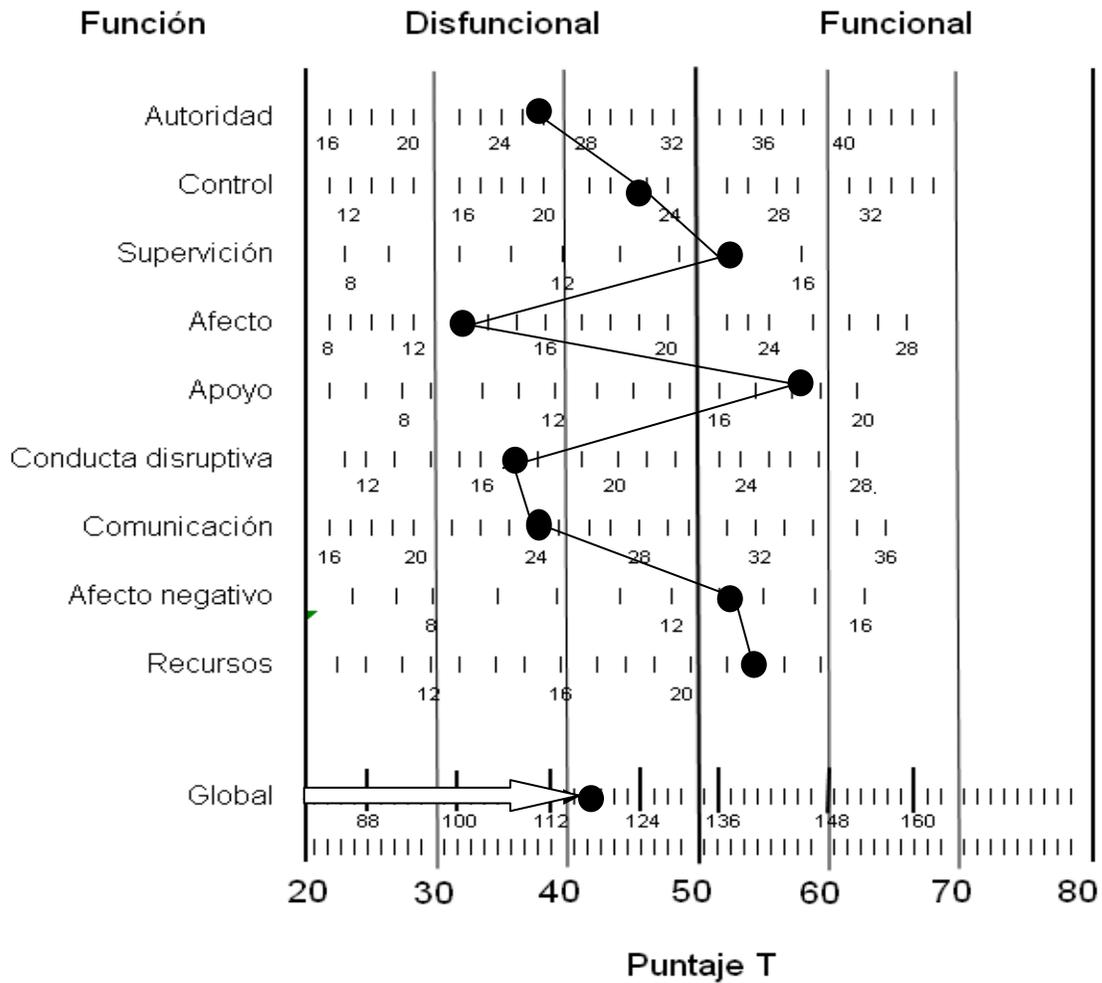
Grafica 6. Correlación Michigan-Audit por nivel de consumo



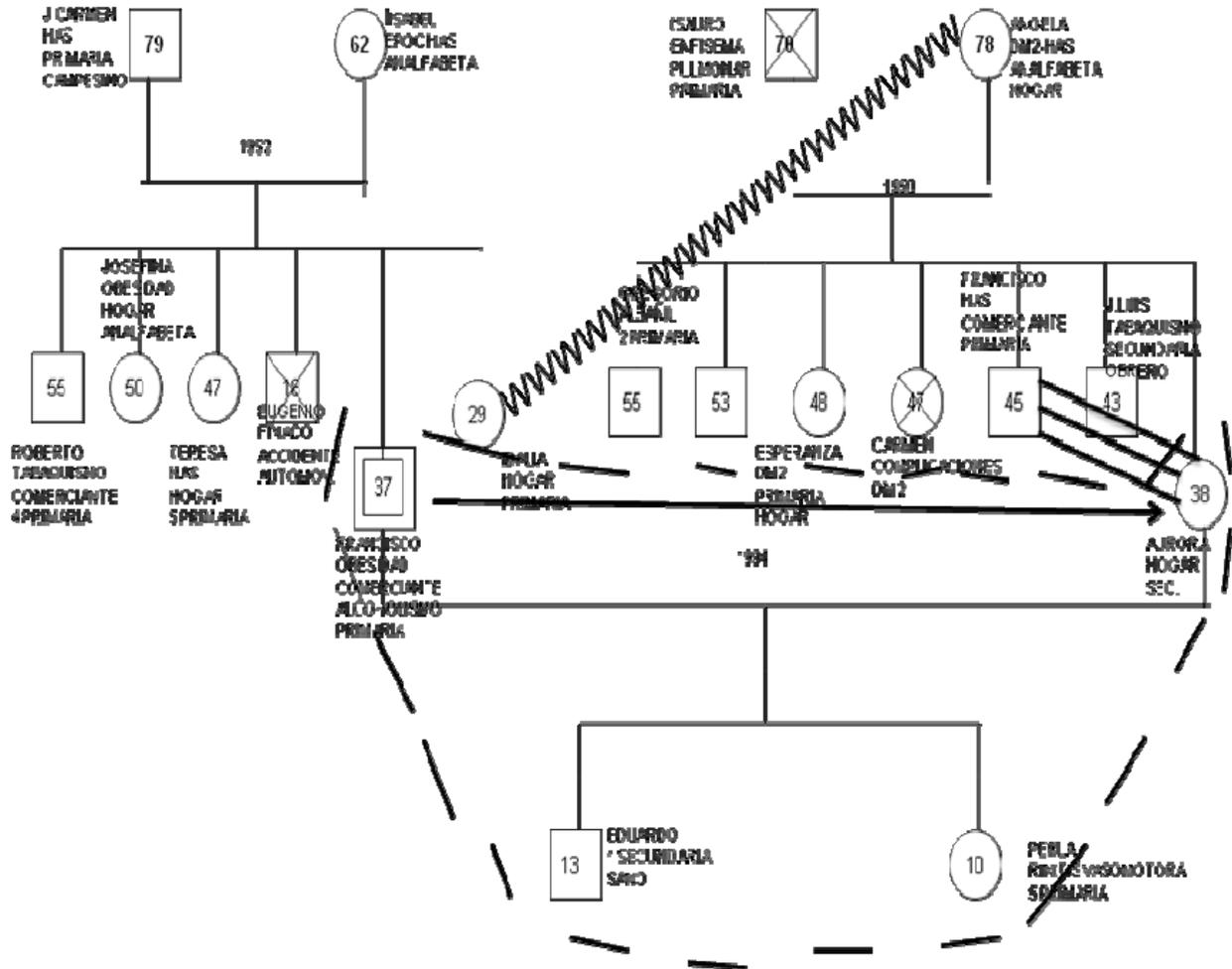
Perfil de funcionamiento familiar

No.-1

Familia: A-B
 Fecha de aplicación: 16/06/2009
 Tiempo de formada: 14 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 1
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Francisco
 PUNTAJE GLOBAL 115



GENOGRAMA1
FAMILIA A-B

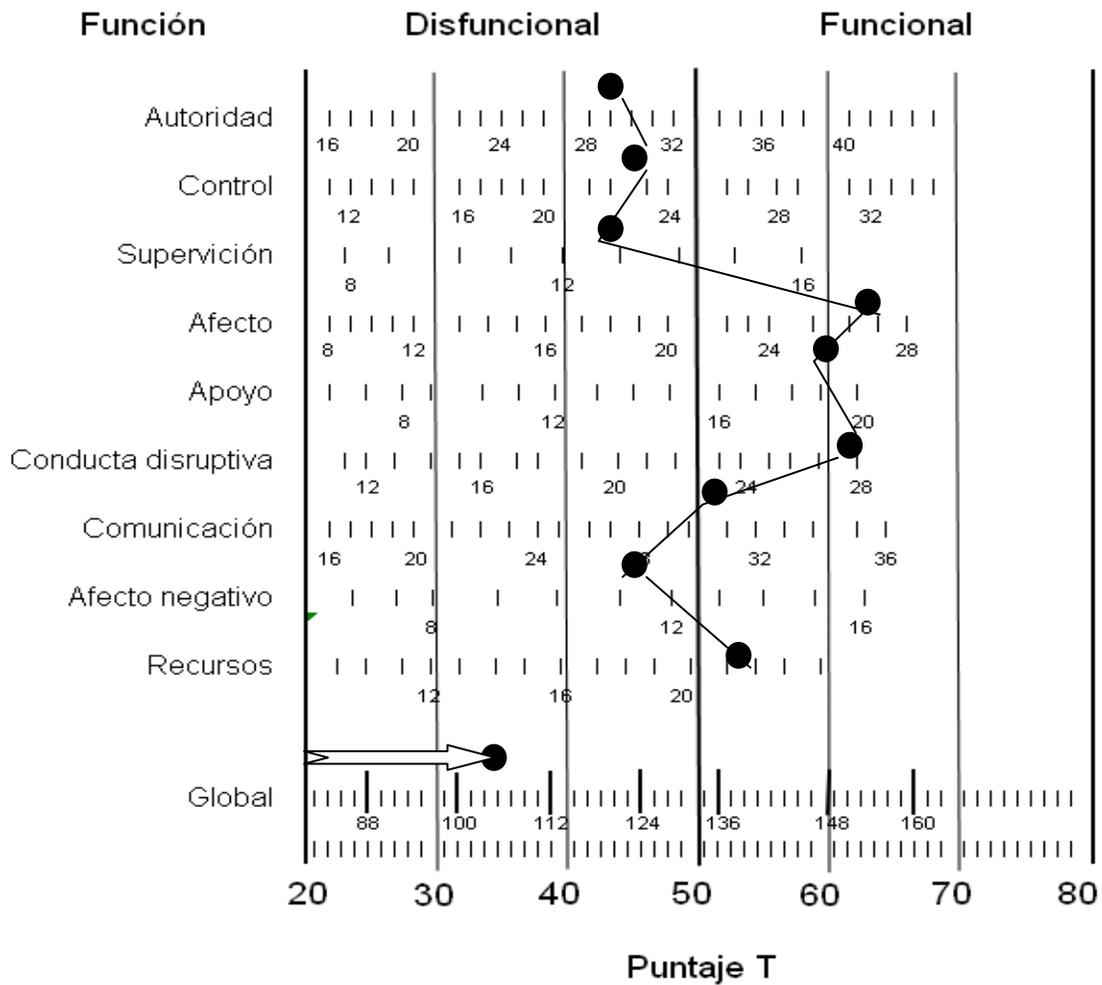


FECHA DE LABORACION 10/06/2008
AUTOR: DR. PEPEZ CARDO, DR. LUIS ALBERTO
E3MF

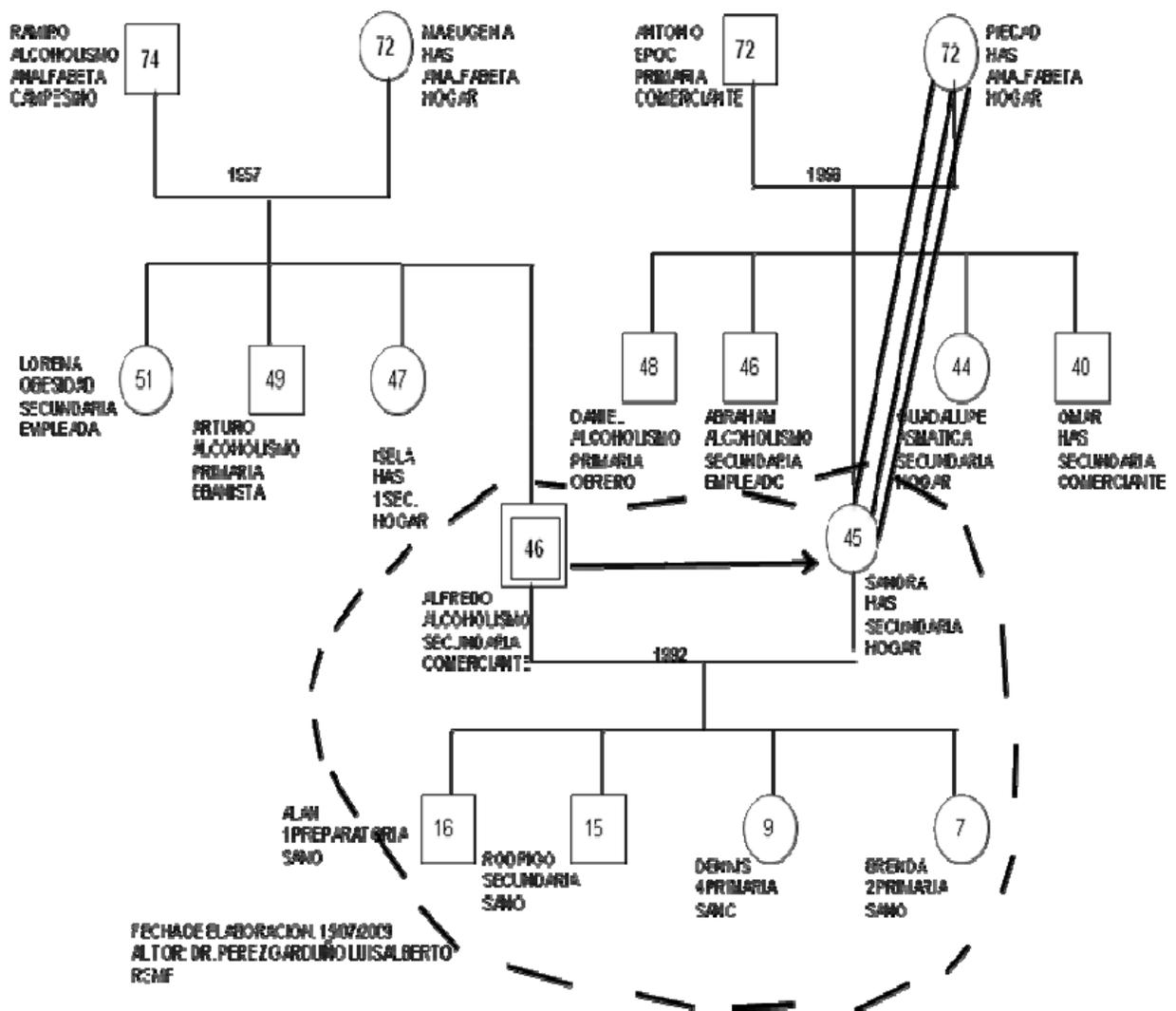
Perfil de funcionamiento familiar

No.-2

Familia: C-P
 Fecha de aplicación: 15/07/2009
 Tiempo de formada: 17 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 2 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Alfredo
 PUNATAJE GLOBAL 106.



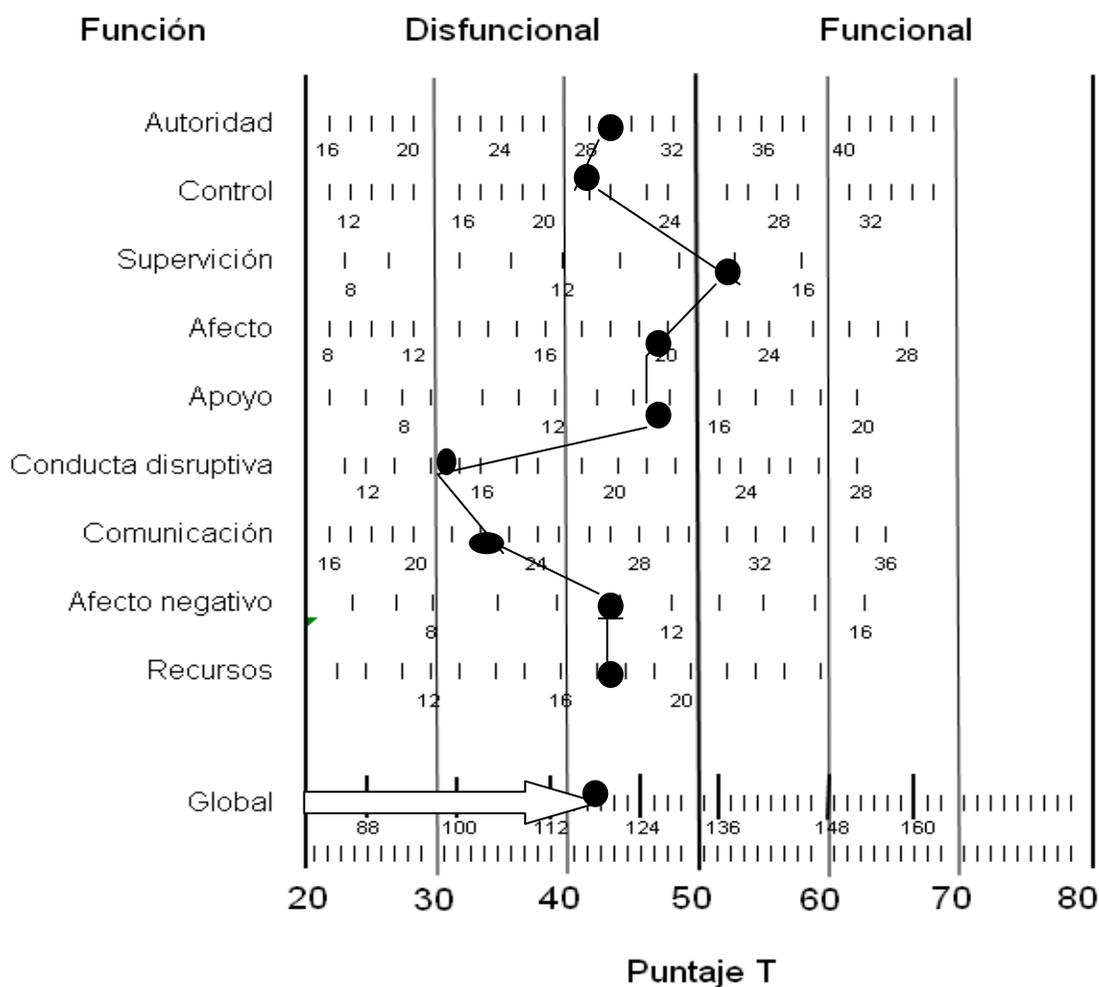
**GENOGRAMA 2
FAM C-P**



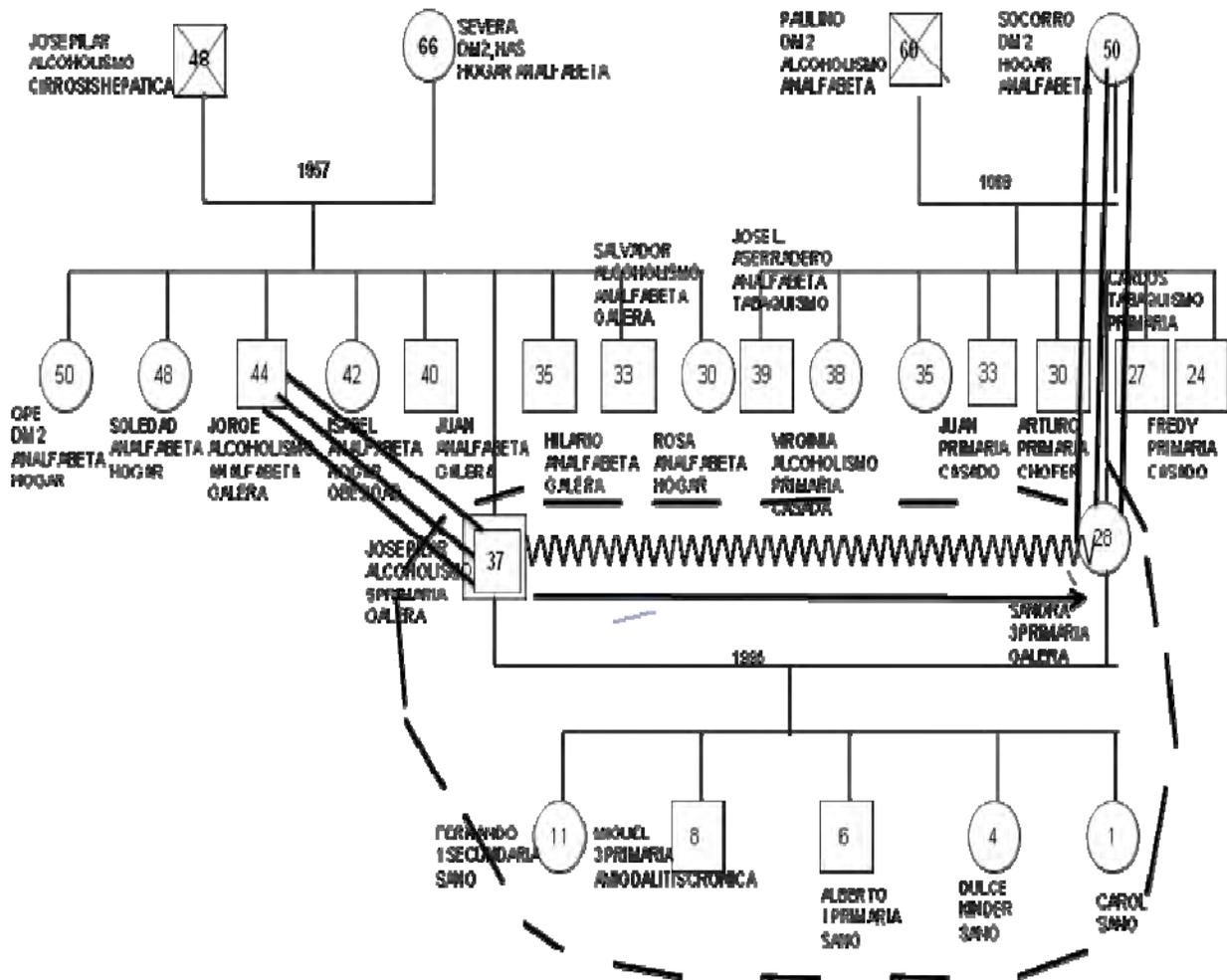
Perfil de funcionamiento familiar

No.-3

Familia: P-M
 Fecha de aplicación: 6/08/2009
 Tiempo de formada: 13 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 4
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: José Pilar
 PUNTAJE GLOBAL 116



GENOGRAMA 3
FAMILIA P-M

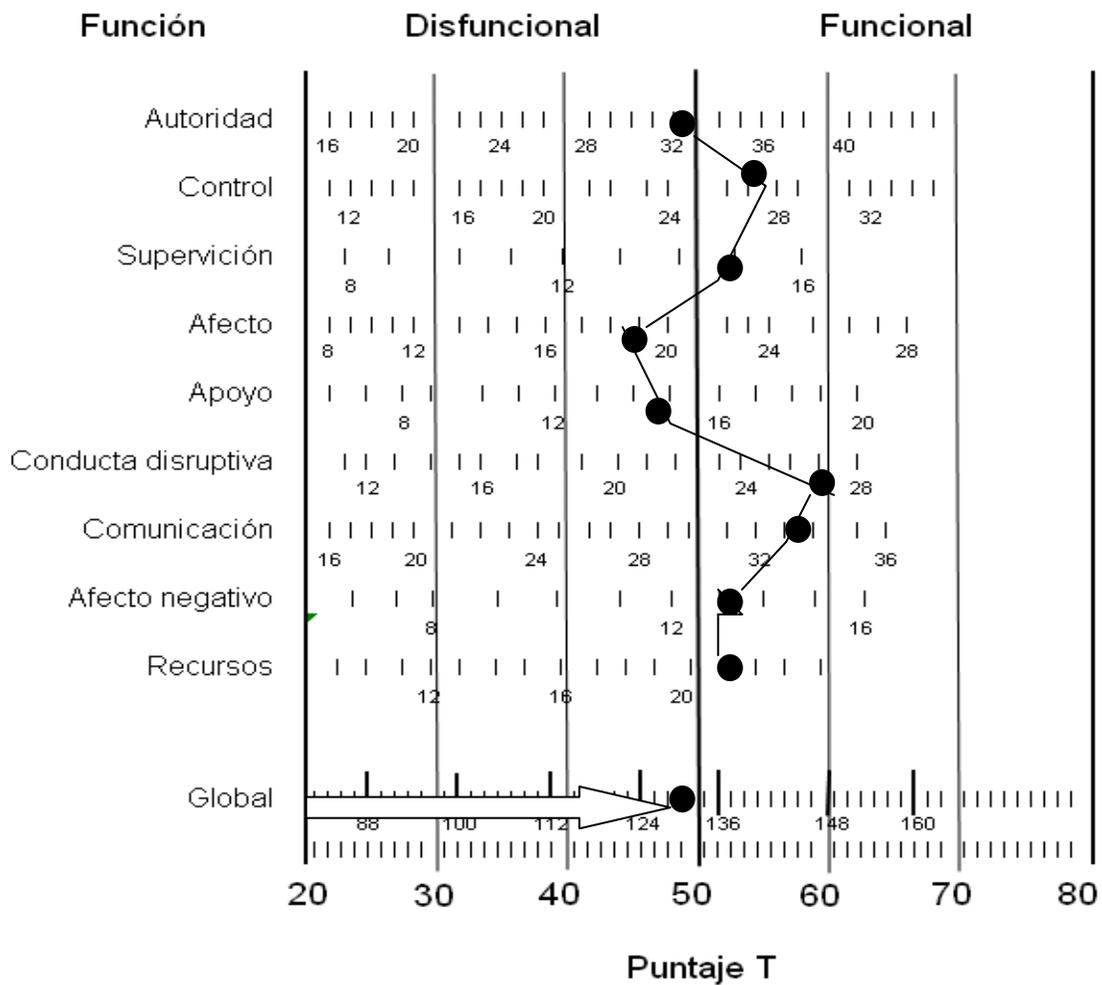


FECHA DE ELABORACION 09/2009
AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
R3M7

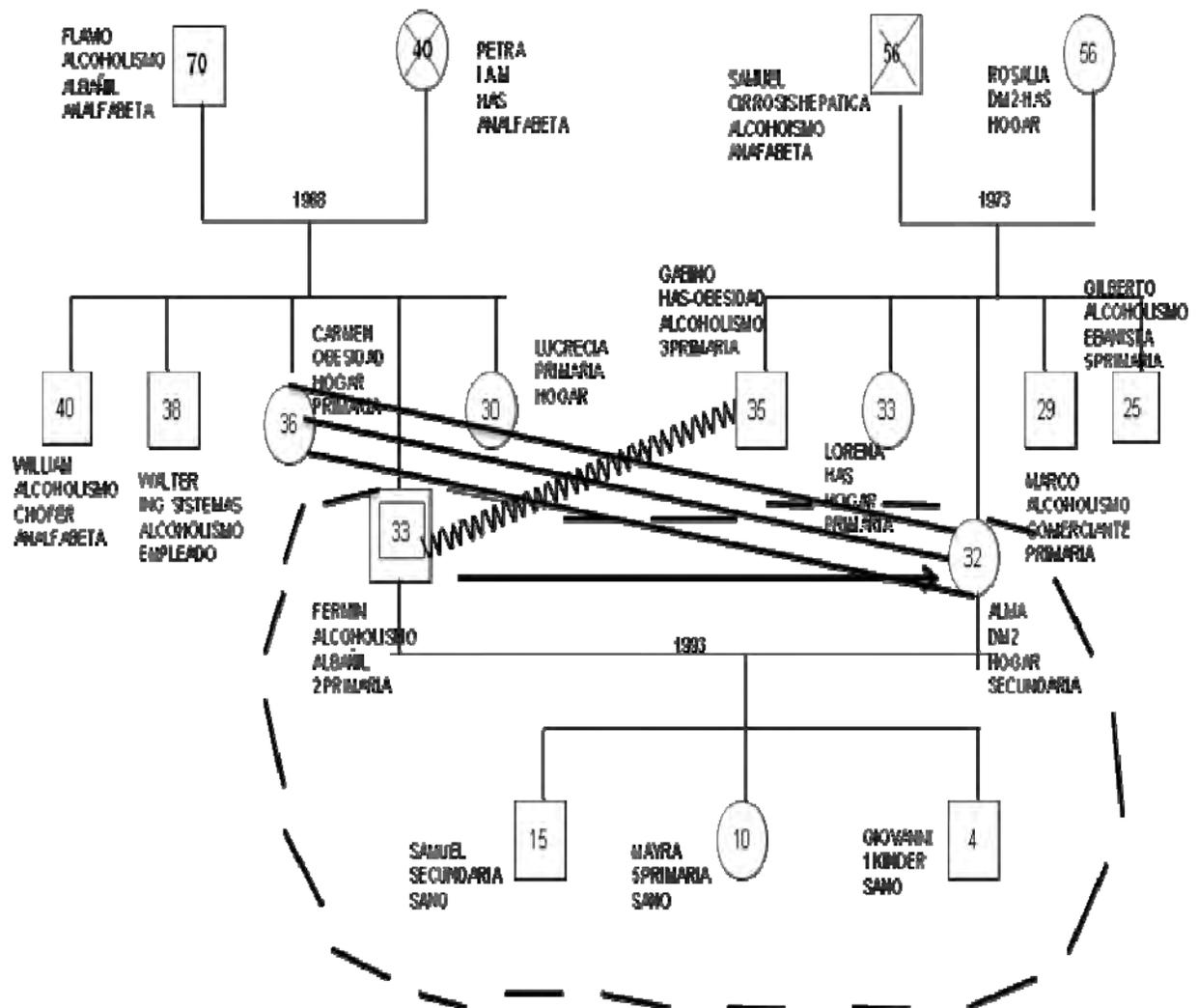
Perfil de funcionamiento familiar

No.-4

Familia: N-R
 Fecha de aplicación: 10/08/2009
 Tiempo de formada: 16 años
 Etapa de ciclo vital: dispersión
 Nivel socioeconómico: medio-bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Fermín
 PUNTAJE GLOBAL 134



GENOGRAMA 4
FAMILIA M-R



FECHA DE ELABORACION 10/05/2009
 AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R3MF

Perfil de funcionamiento familiar

No.-5

Familia: H-G

Fecha de aplicación: 9/08/2009

Tiempo de formada: 9 años

Etapa de ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: medio bajo

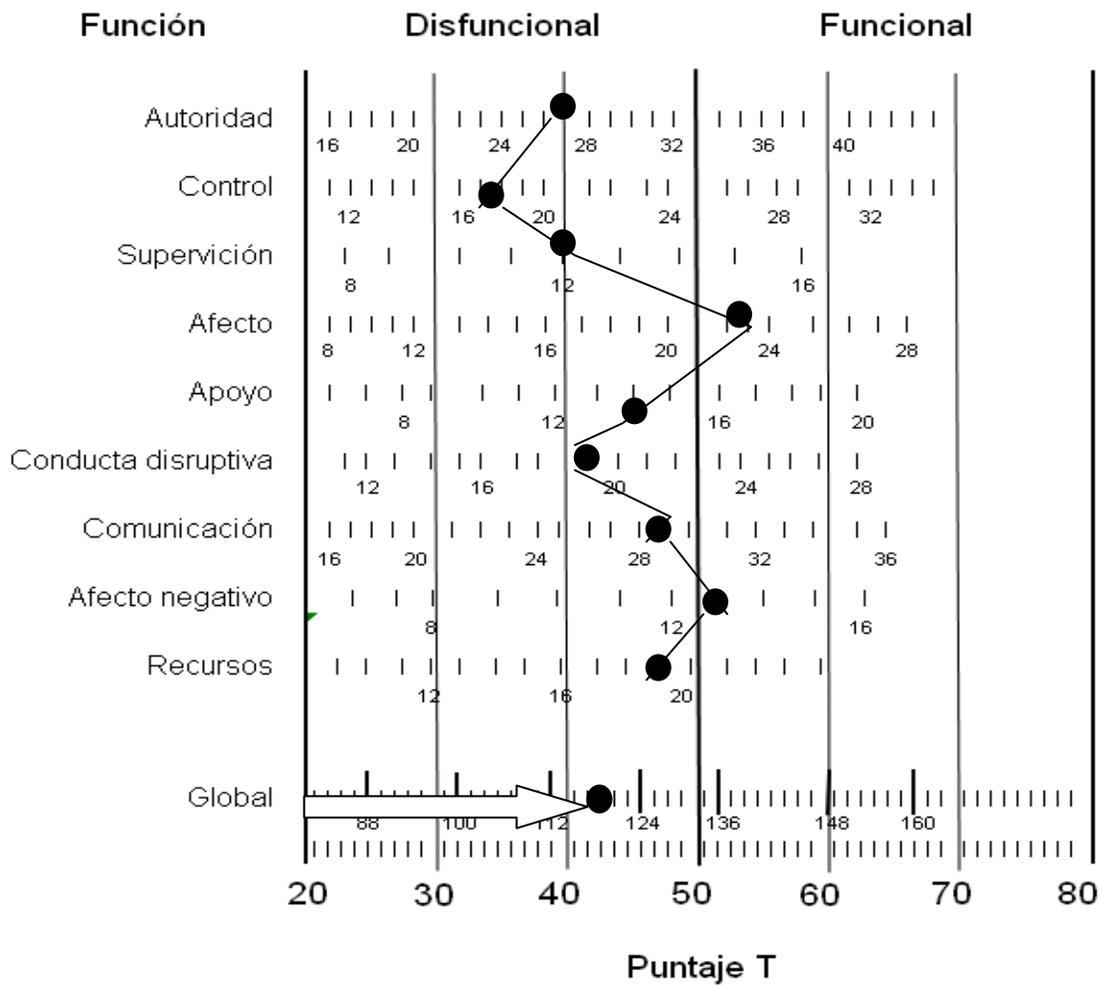
Número De miembros Adultos: 2

Adolescentes 0 niños 3

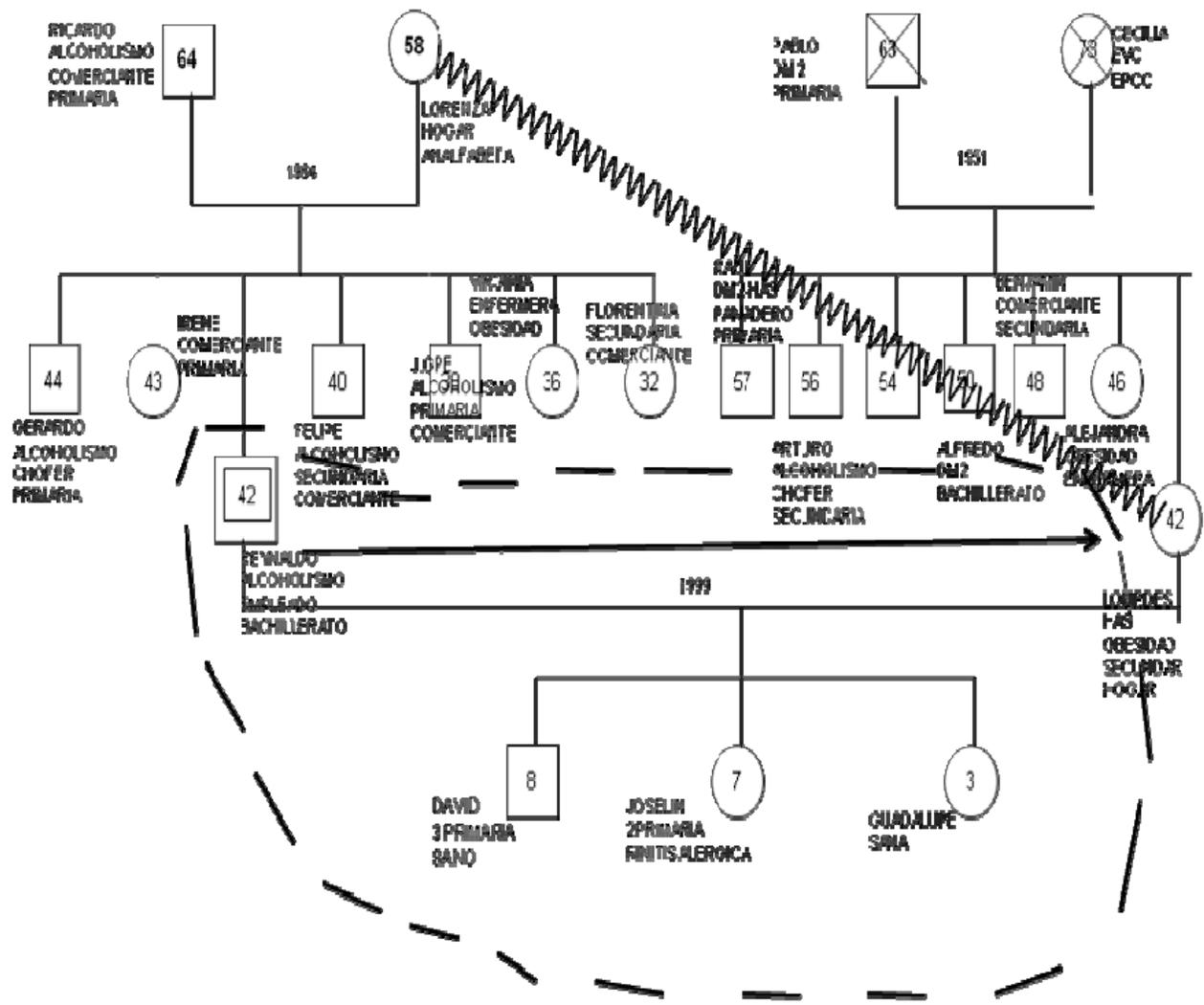
Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional

Paciente Identificado: Reynaldo

PUNTAJE NGLOBAL 117



**GENOGRAMA 5
FAMILIA H-G**

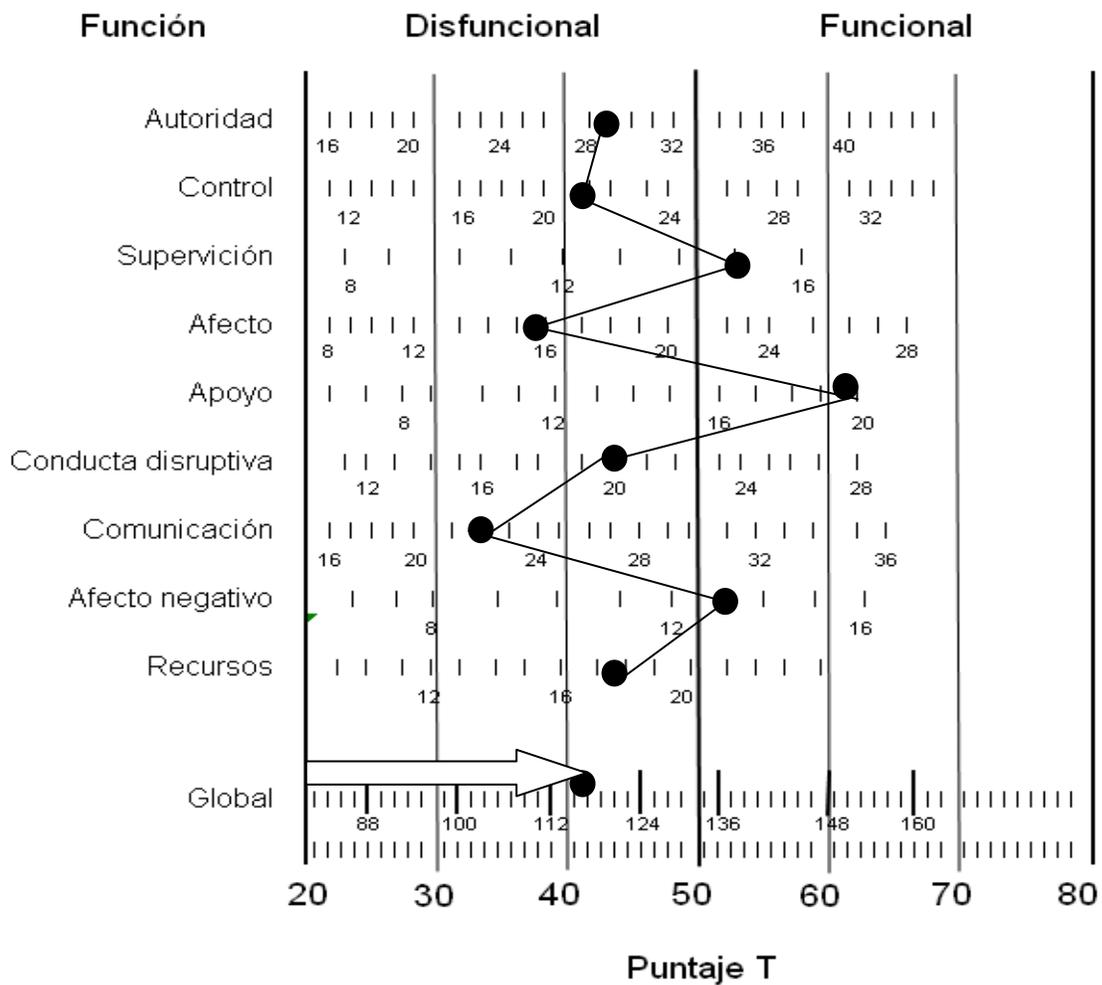


FECHA DE ELABORACION: 20/02/2009
 AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R:MF

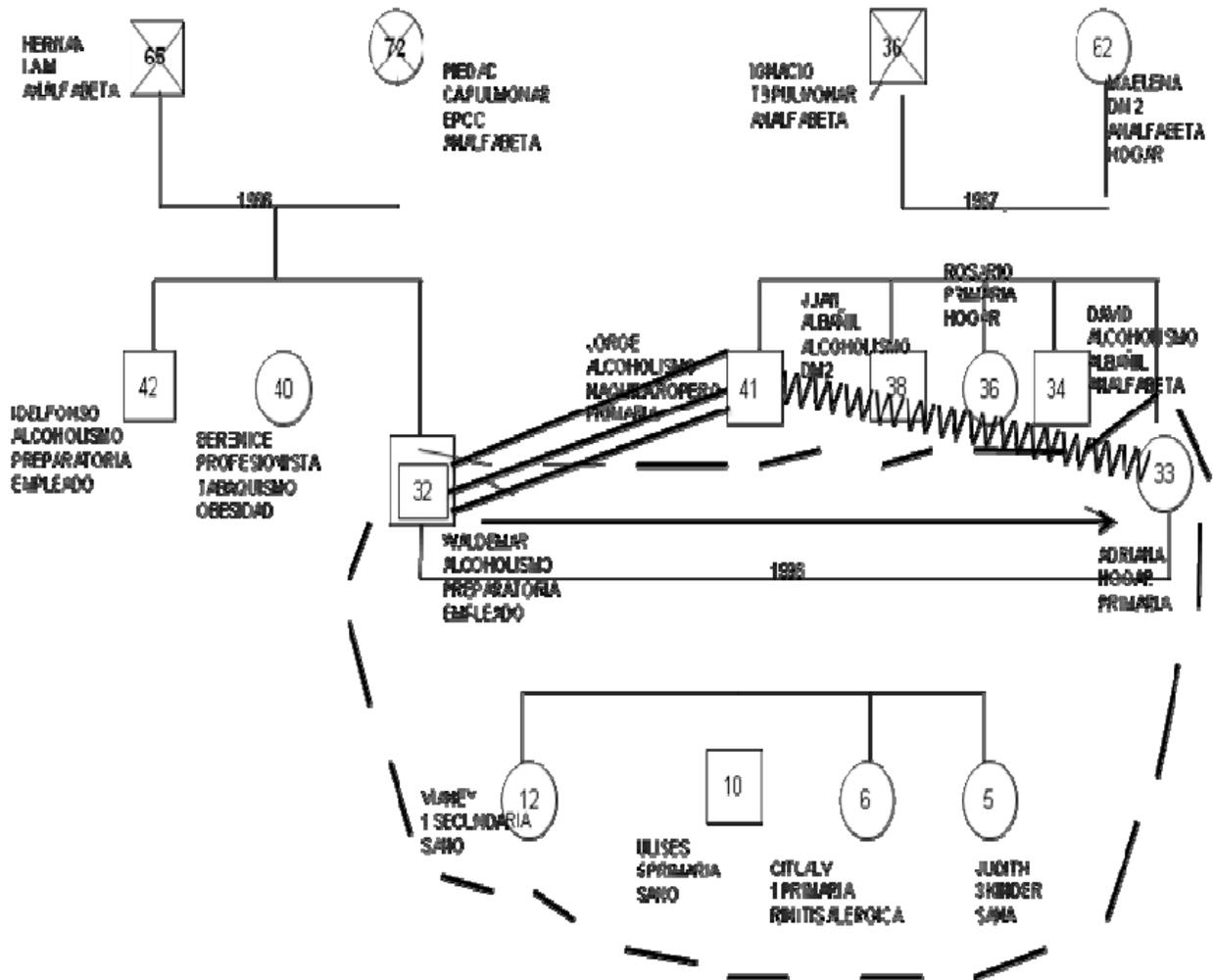
Perfil de funcionamiento familiar

No.-6

Familia: V-C
 Fecha de aplicación: 10/08/2009
 Tiempo de formada: 13 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico:
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 3
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Waldemar
 PUNTAJE GLOBAL 115



GENOGRAMA 5
FAMILIA V-C

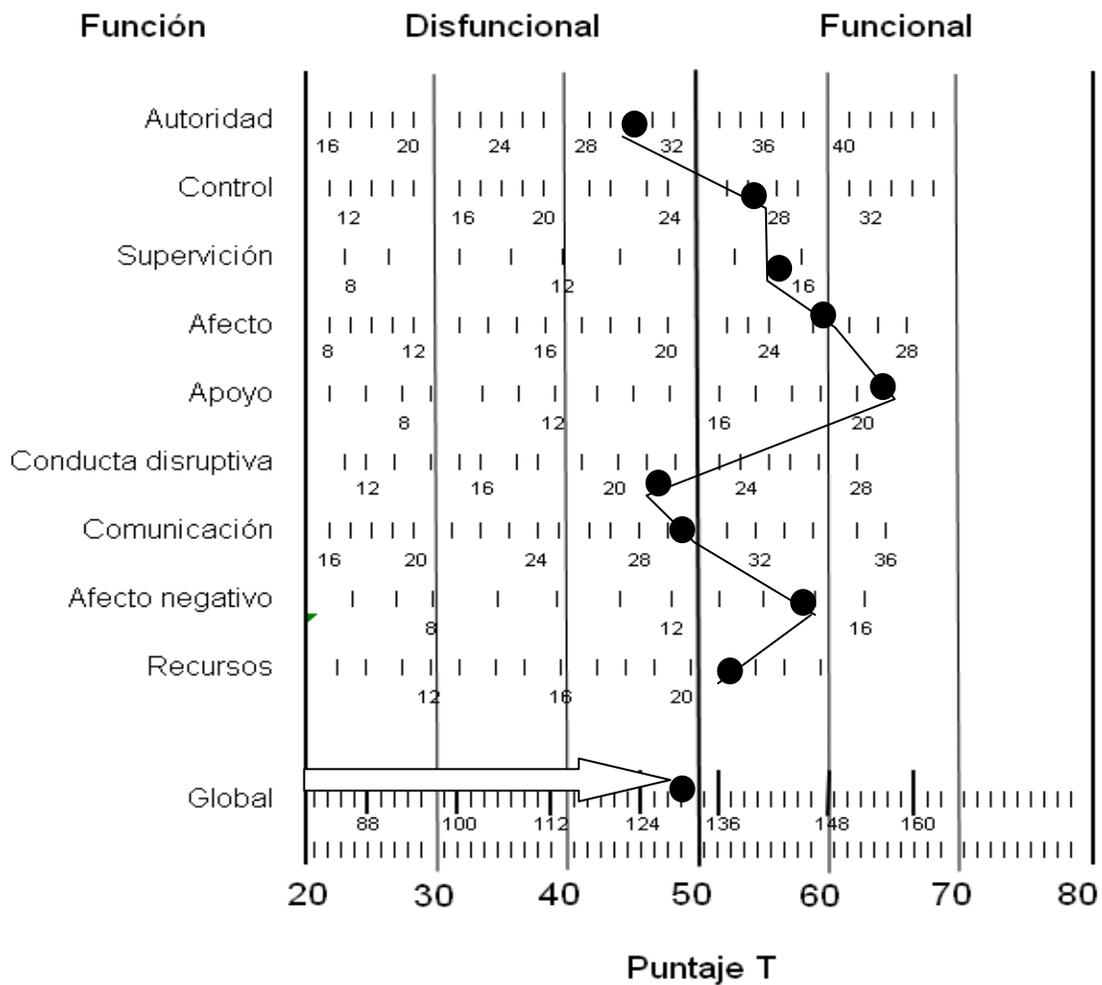


FECHA DE ELABORACION: 10/26/2008
 AUTOR: DR. PEREZ ARDUÑO LLIS ALBERTO
 RDMF

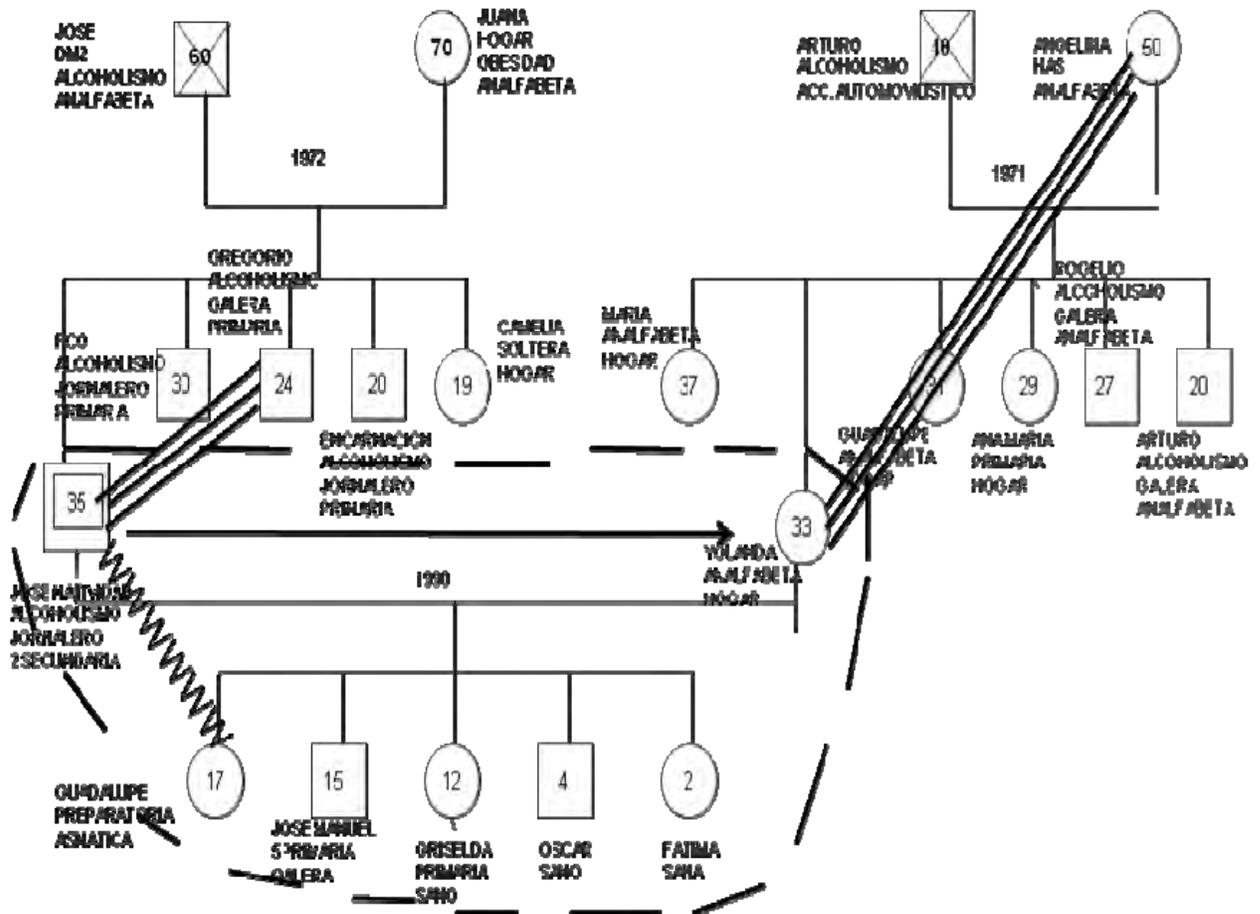
Perfil de funcionamiento familiar

No.-7

Familia: CH-R
 Fecha de aplicación: 18/07/2009
 Tiempo de formada: 18 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 3 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: José Natividad
 PUNTAJE GLOBAL 135



**GENOGRAMA 7
FAMILIA CH-R**

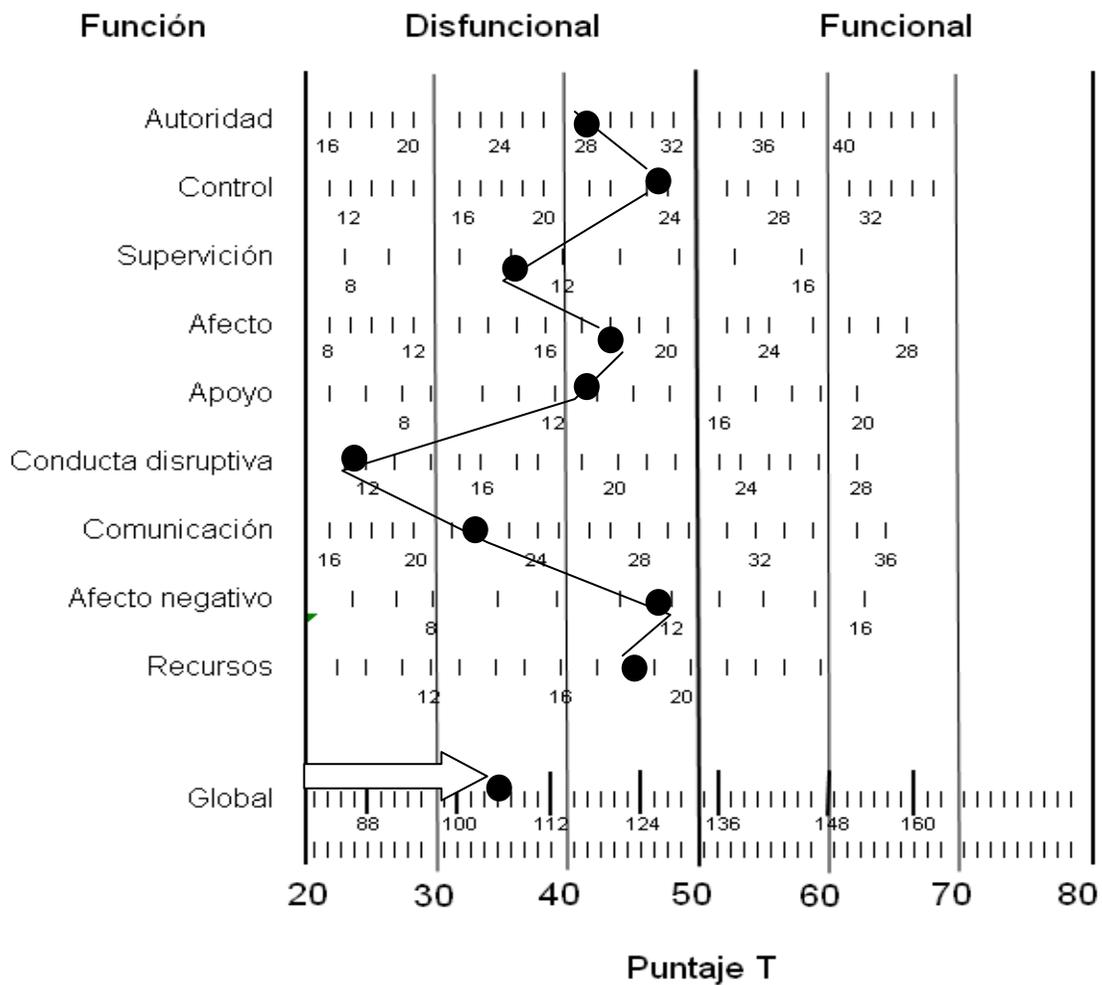


FECHA DE ELABORACION: 18/07/2008
 AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R3MF

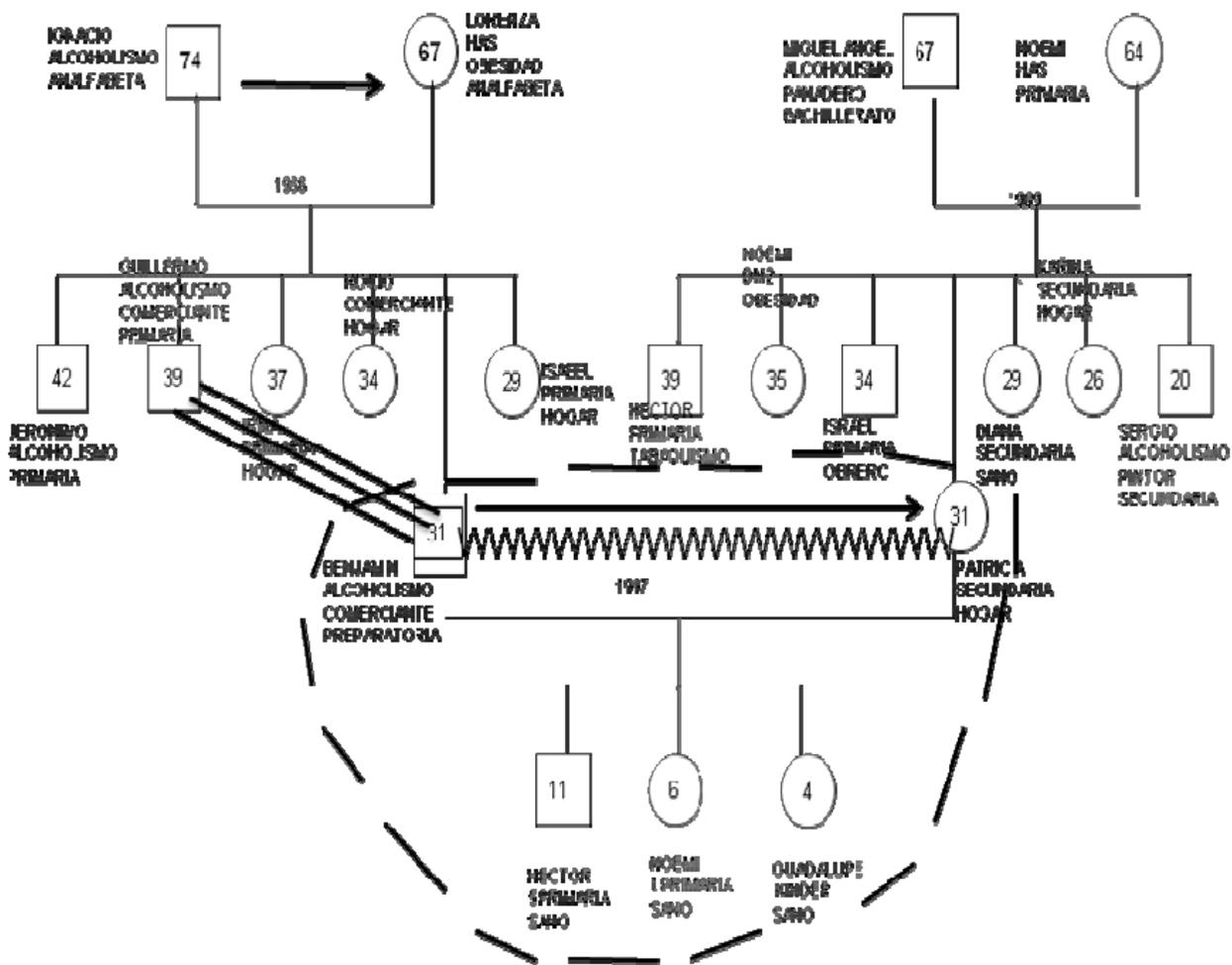
Perfil de funcionamiento familiar

No.-8

Familia: M-G
 Fecha de aplicación: 8/08/09
 Tiempo de formada: 12 años
 Etapa de ciclo vital: dispersión
 Nivel socioeconómico: medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Benjamín
 GLOBAL 106



**GENOGRAMA 8
FAMILIA M-O**

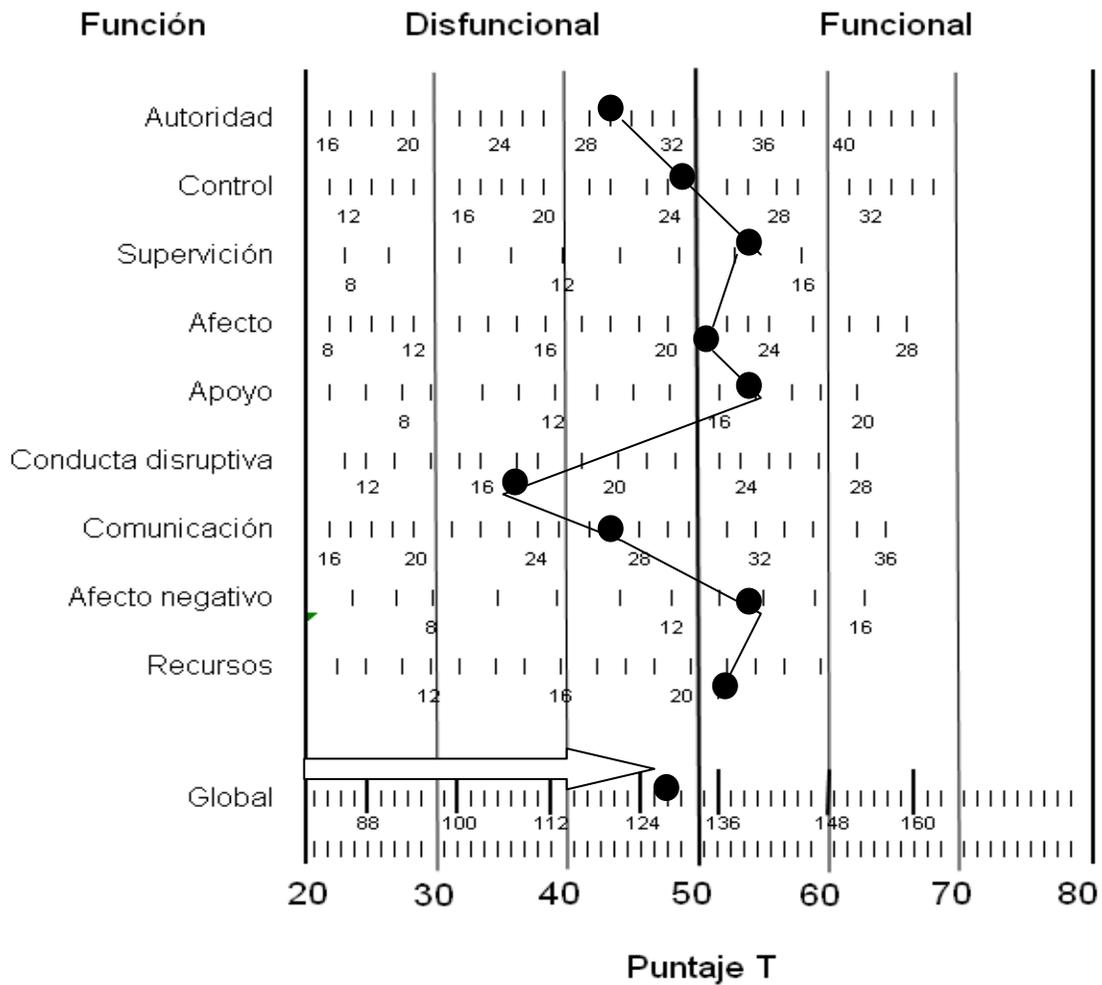


FECHA DE ELABORACION: 08/02/00
 AUTOR DR PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R2MF

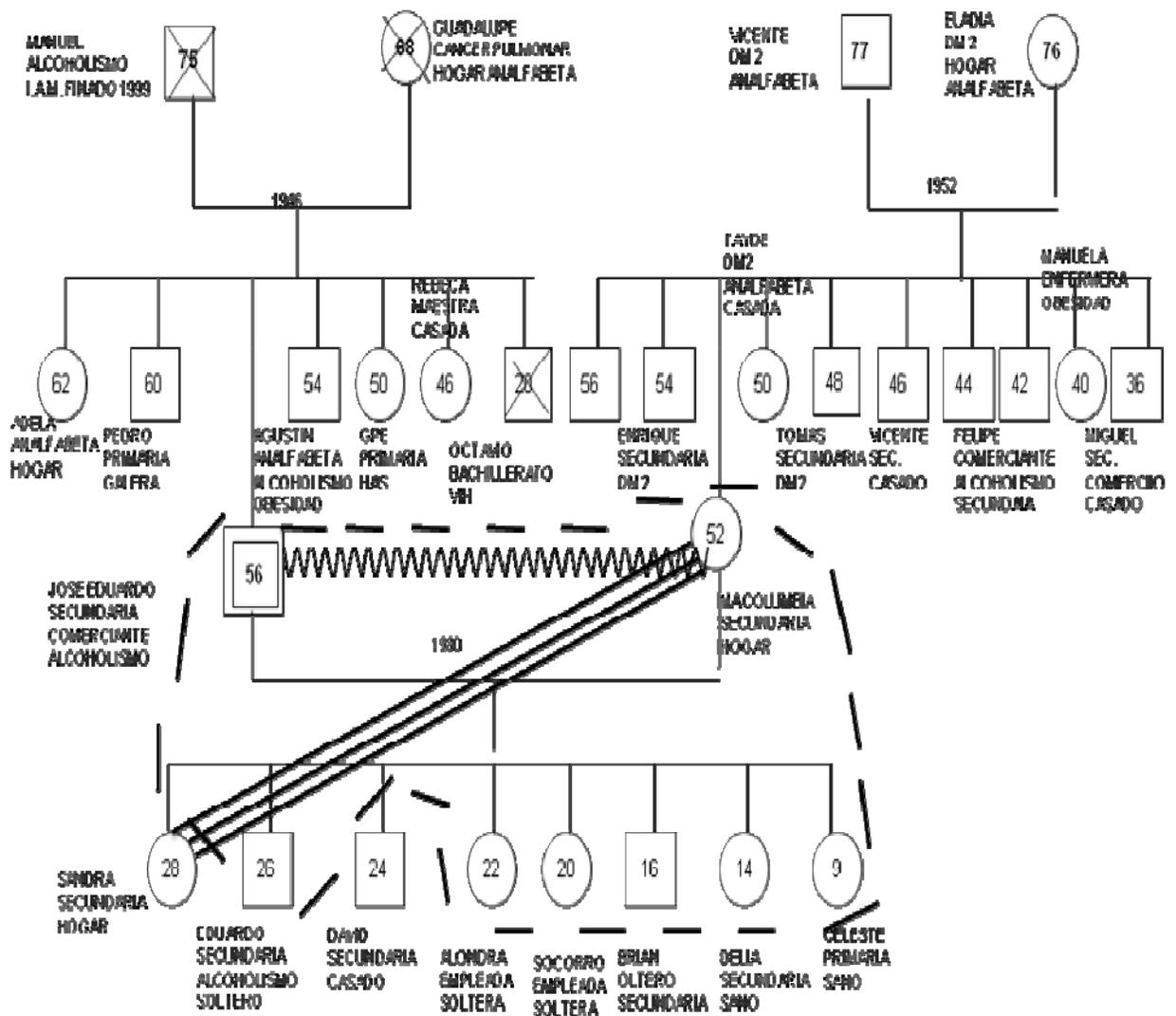
Perfil de funcionamiento familiar

No.-9

Familia: T-T
 Fecha de aplicación: 9/08/09
 Tiempo de formada: 29 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio
 Número De miembros Adultos: 5
 Adolescentes 2 niños 1
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: José Eduardo
 GLOBAL 128



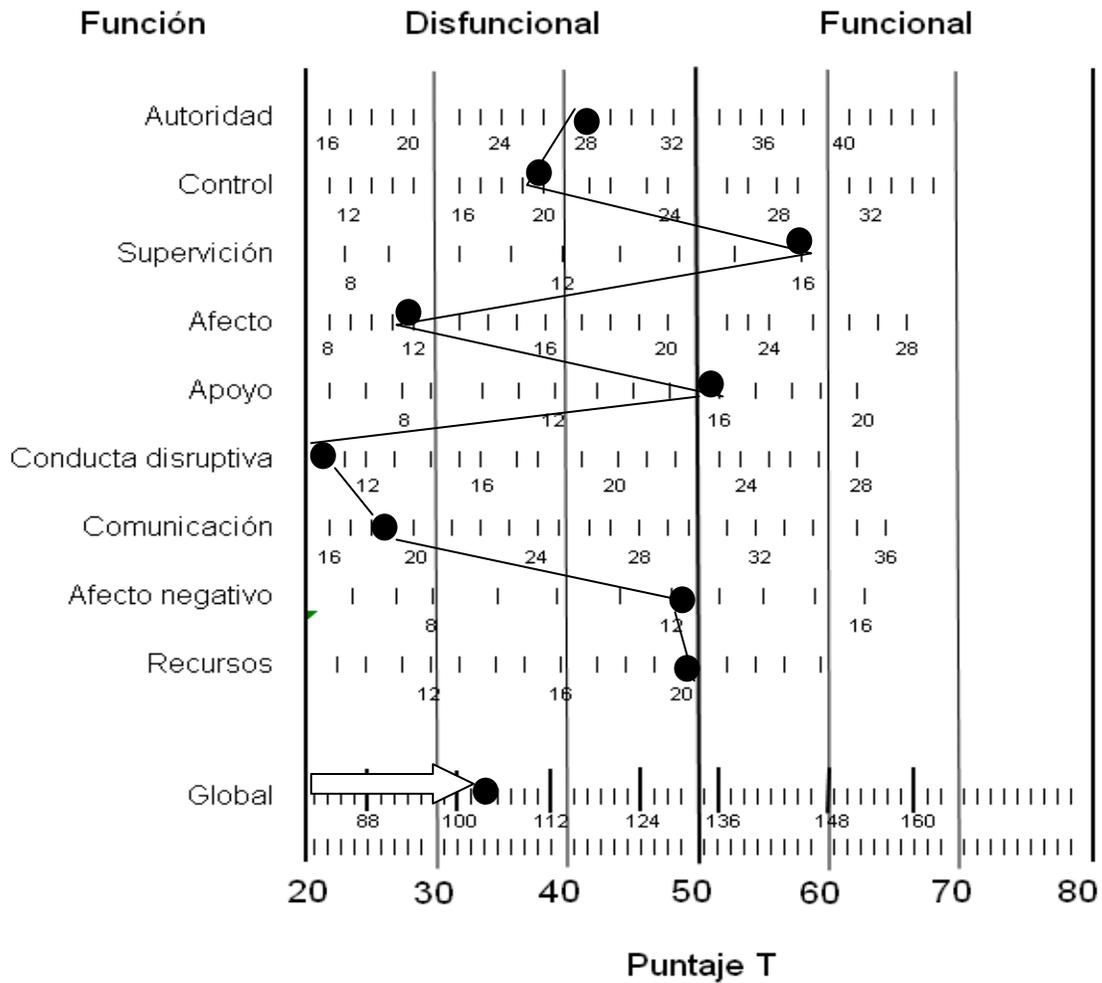
GENOGRAMA 9
FAMILIA T-T



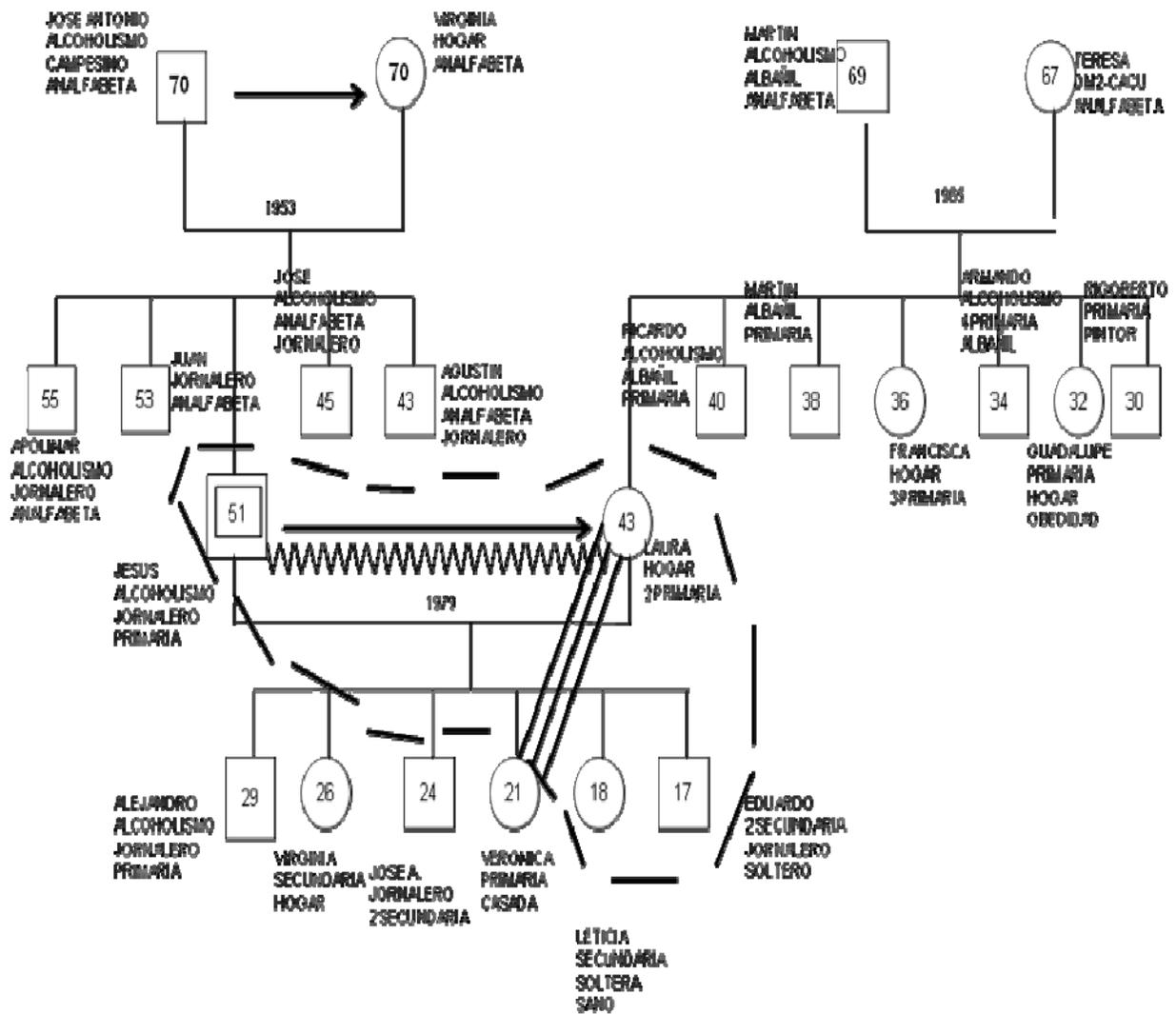
Perfil de funcionamiento familiar

N 10

Familia: J-A
 Fecha de aplicación: 15/07/09
 Tiempo de formada: 30 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 2 niños 0
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Jesús
 GLOBAL 103



GENOGRAMA 10
FAMILIA J-A



FECHA DE ELABORACION: 15/07/2008
 AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R3MF

Perfil de funcionamiento familiar

N 11

Familia: M-G

Fecha de aplicación: 18/07/2009

Tiempo de formada: 31 años

Etapa de ciclo vital: Independencia

Nivel socioeconómico: Bajo

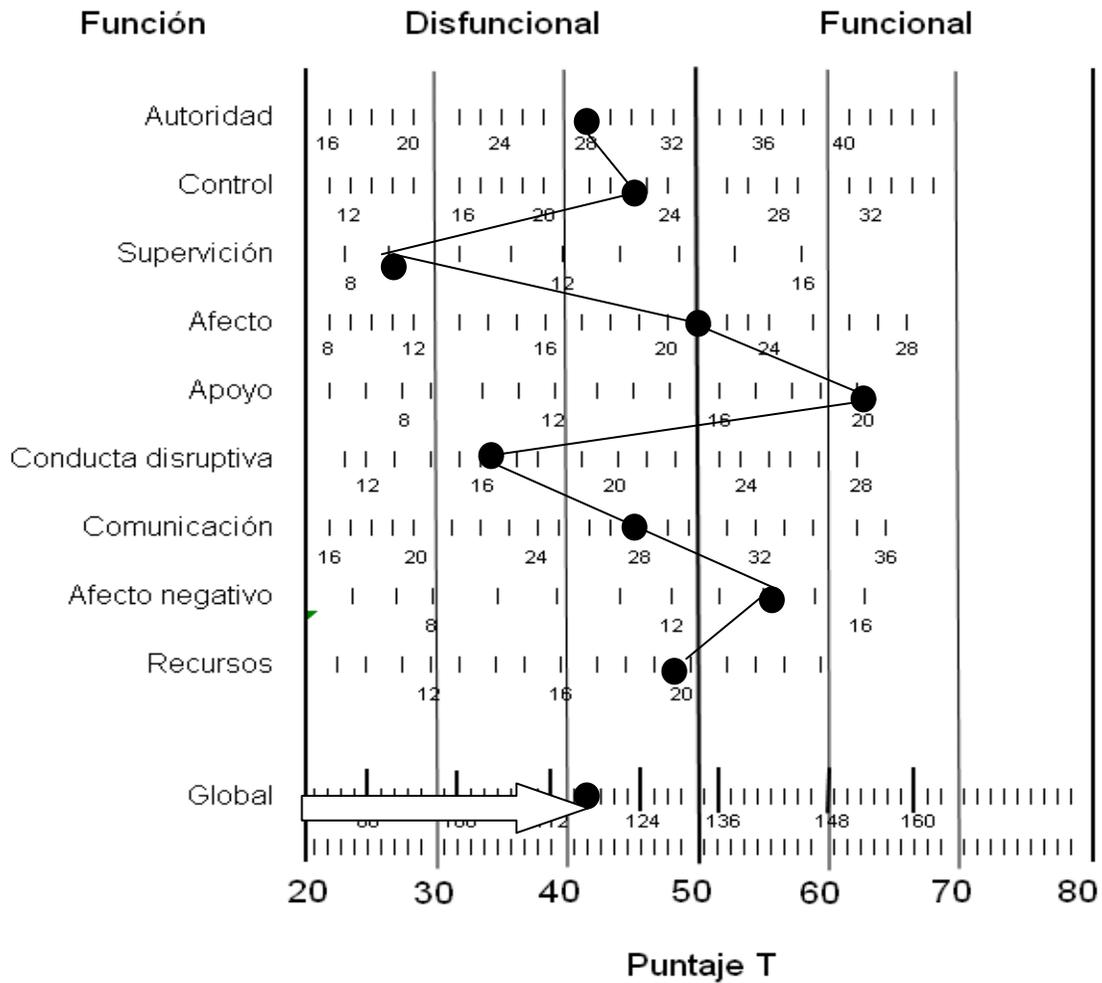
Número De miembros Adultos: 2

Adolescentes 0 niños 0

Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional en fase de independencia

Paciente Identificado: Maurilio

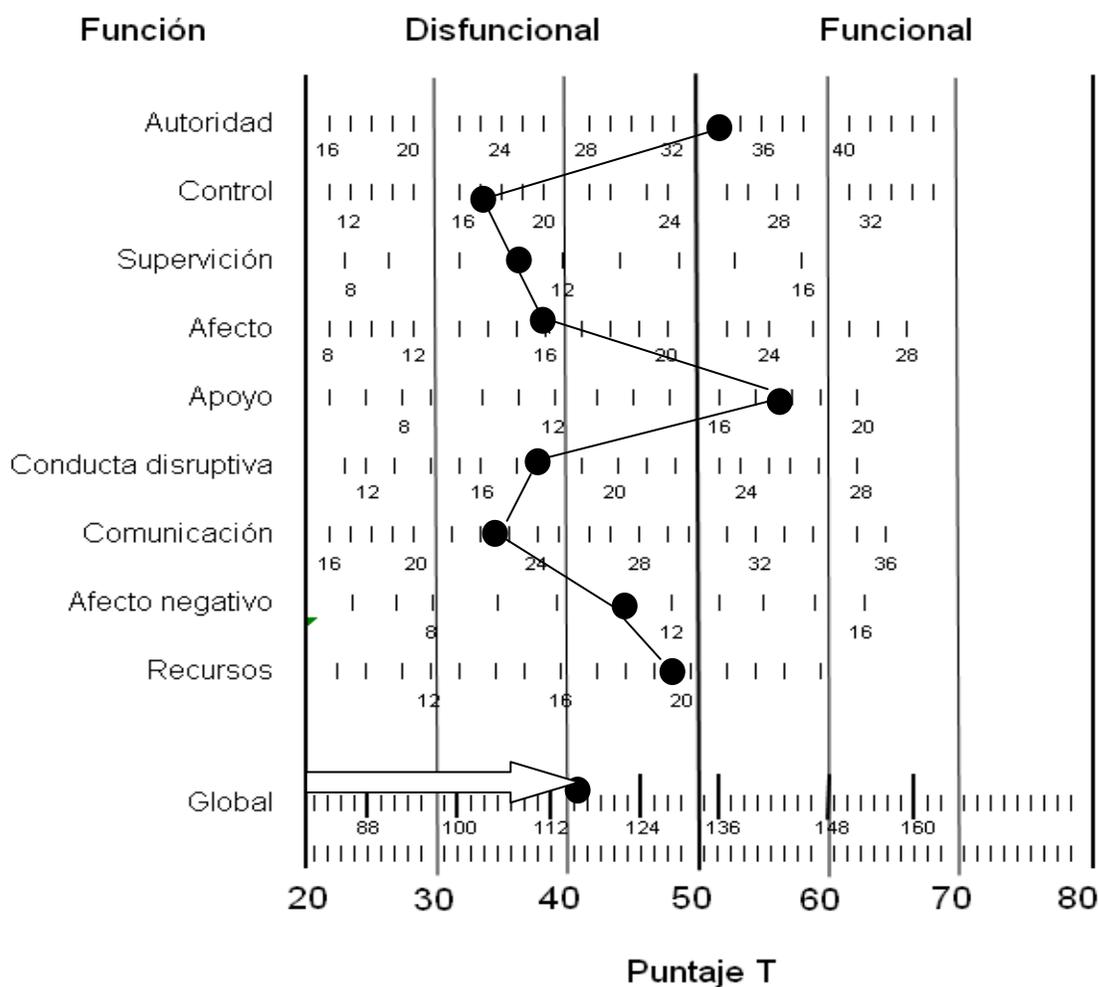
GLOBAL 116



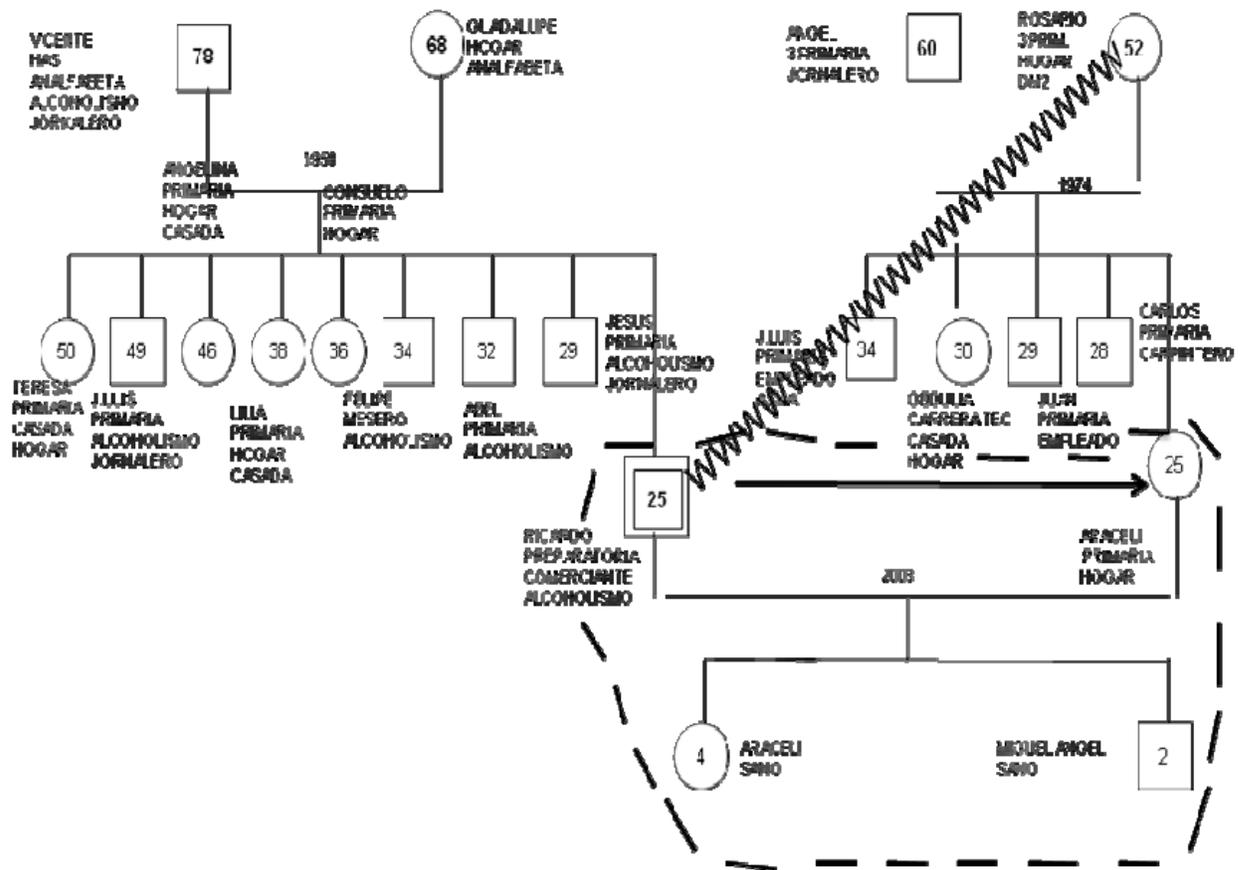
Perfil de funcionamiento familiar

N12

Familia: L-G
 Fecha de aplicación: 19/07/2009
 Tiempo de formada: 6 años
 Etapa de ciclo vital: expansión
 Nivel socioeconómico: Medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 0 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: Ricardo
 GLOBAL 113



GENOGRAMA 12
FAMILIA L3

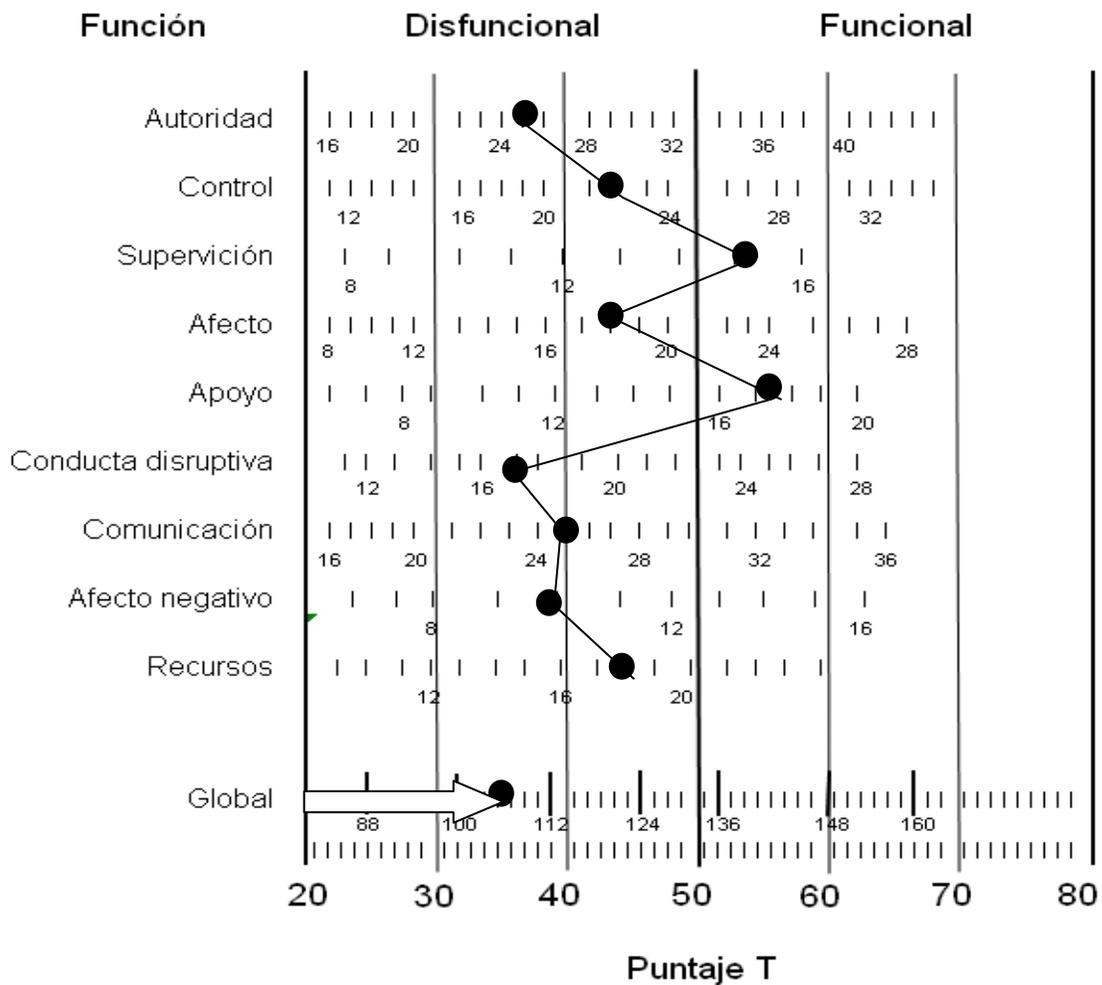


FECHA DE ELABORACION: 19/04/2011
AUTOR: DR. FEREZ GARRINO LUIS ALBERTO
R1MF

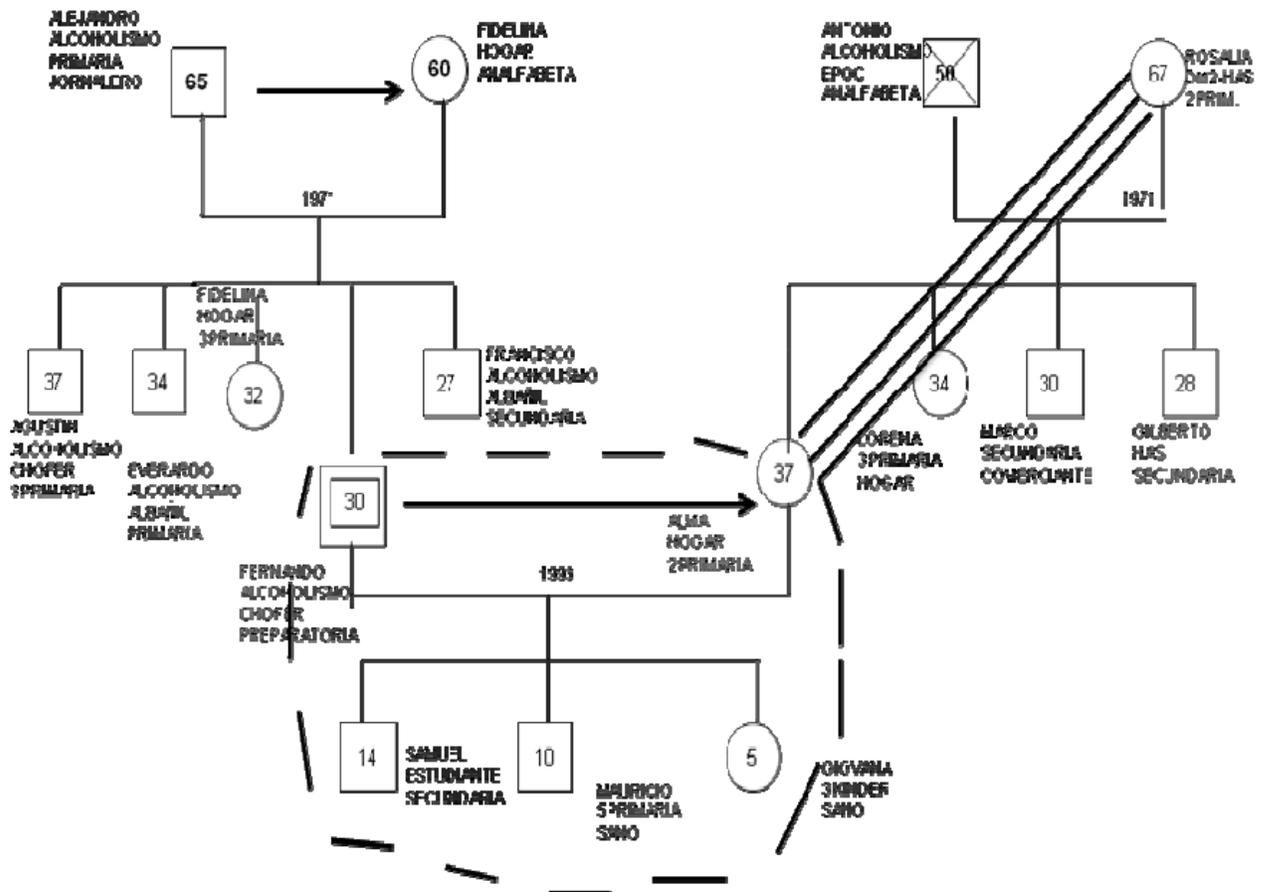
Perfil de funcionamiento familiar

N 13

Familia: C-R
 Fecha de aplicación: 4/08/09
 Tiempo de formada: 16 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio-bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Fernando
 GLOBAL 111



**GENOGRAMA 13
FAMILIA C-R**

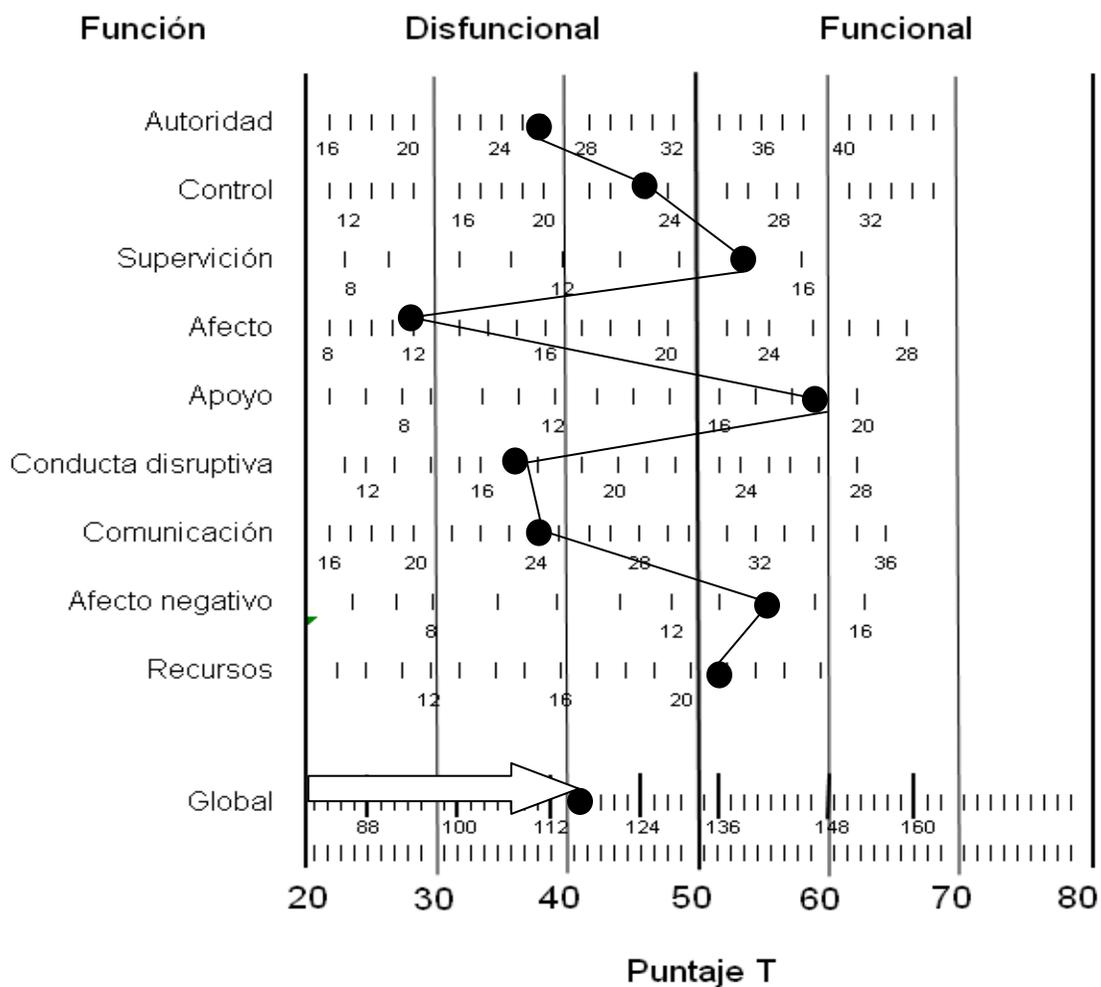


FECHA DE ELABORACION: 4/08/2008
 AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R3MF

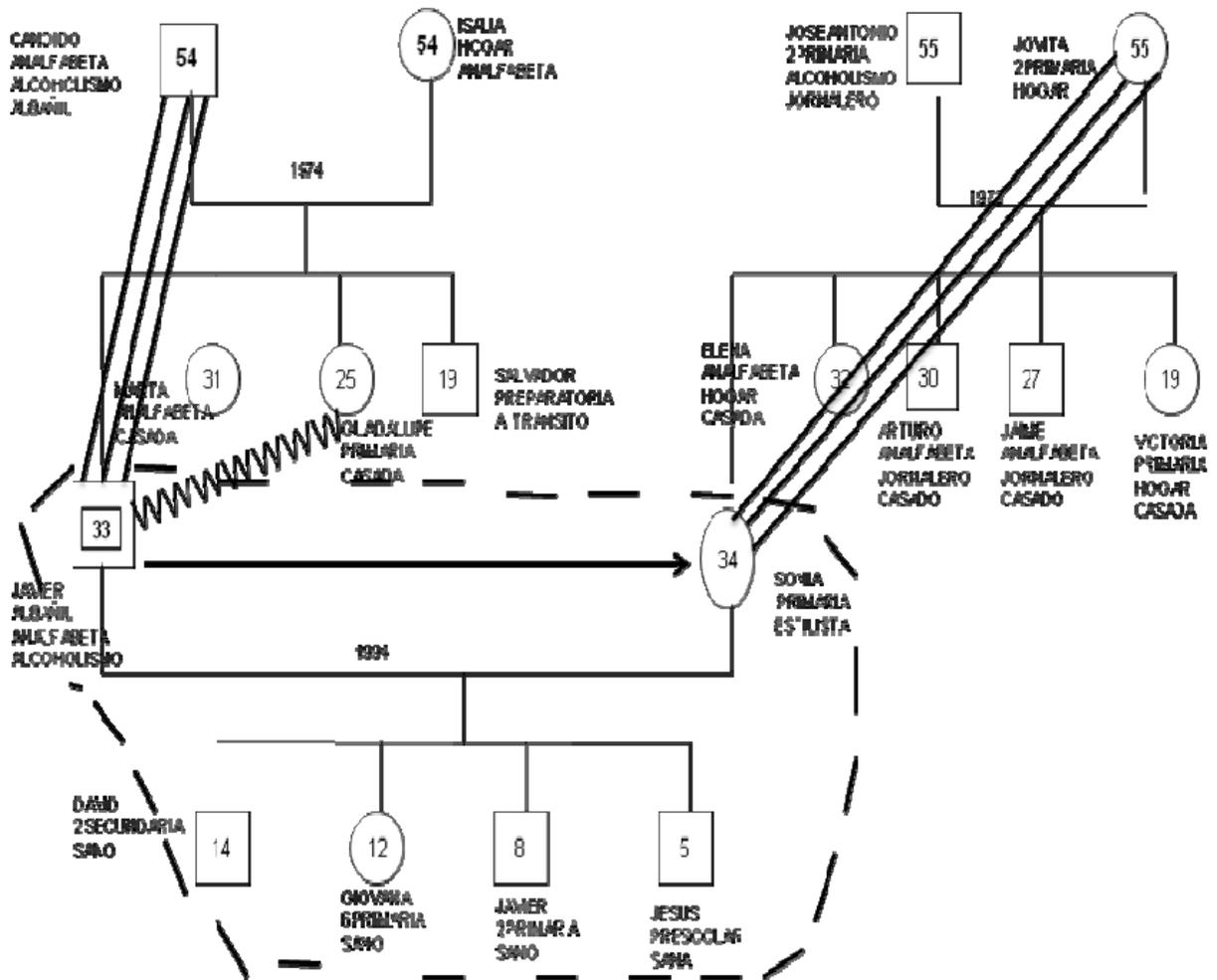
Perfil de funcionamiento familiar

N.14

Familia: A-M
 Fecha de aplicación: 19/07/09
 Tiempo de formada: 15 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 2 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Javier
 GLOBAL 114



GENOGRAMA 14
FAMILIA A-M

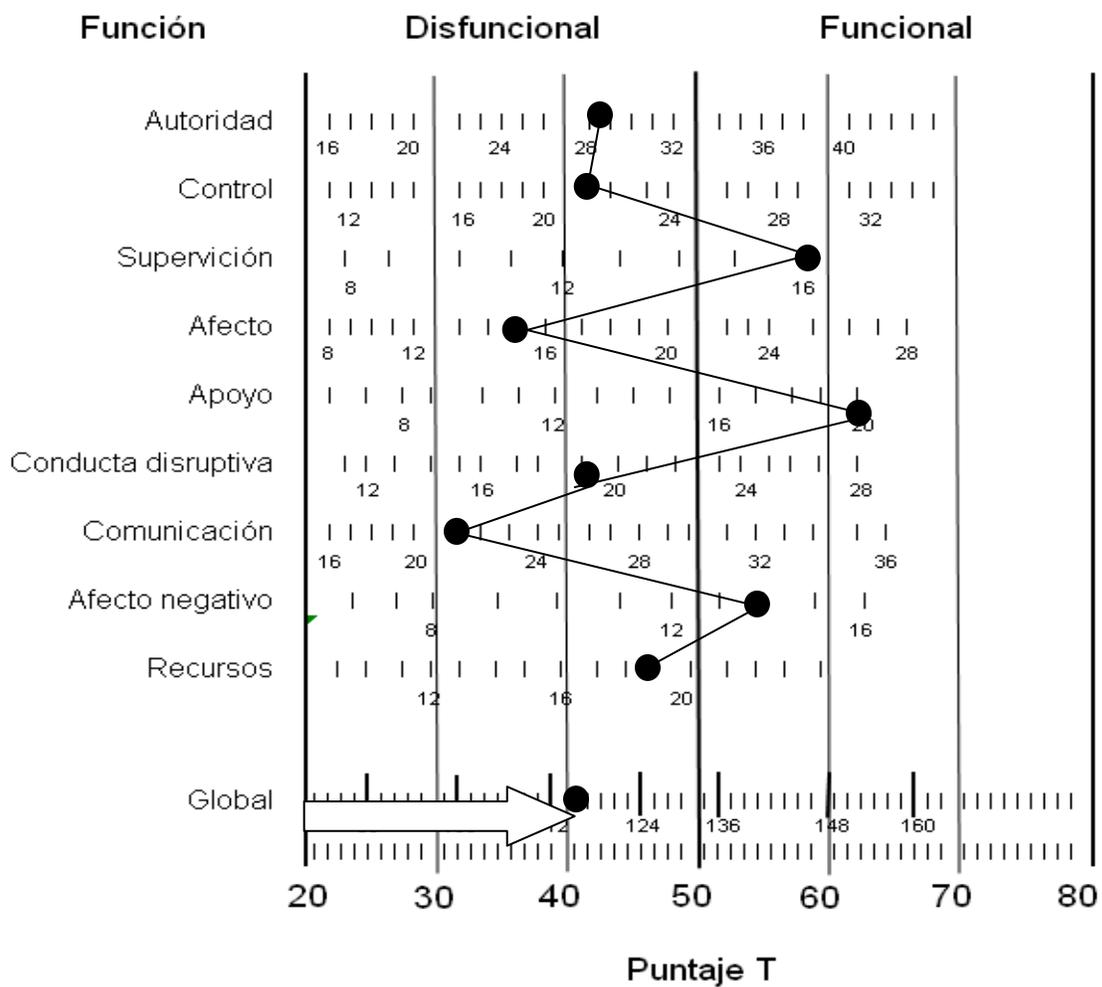


FECHA DE ELABORACION: 2007/2008
 AUTOR: DR. PÉREZ ARDUINO LUIS ALBERTO
 R3MF

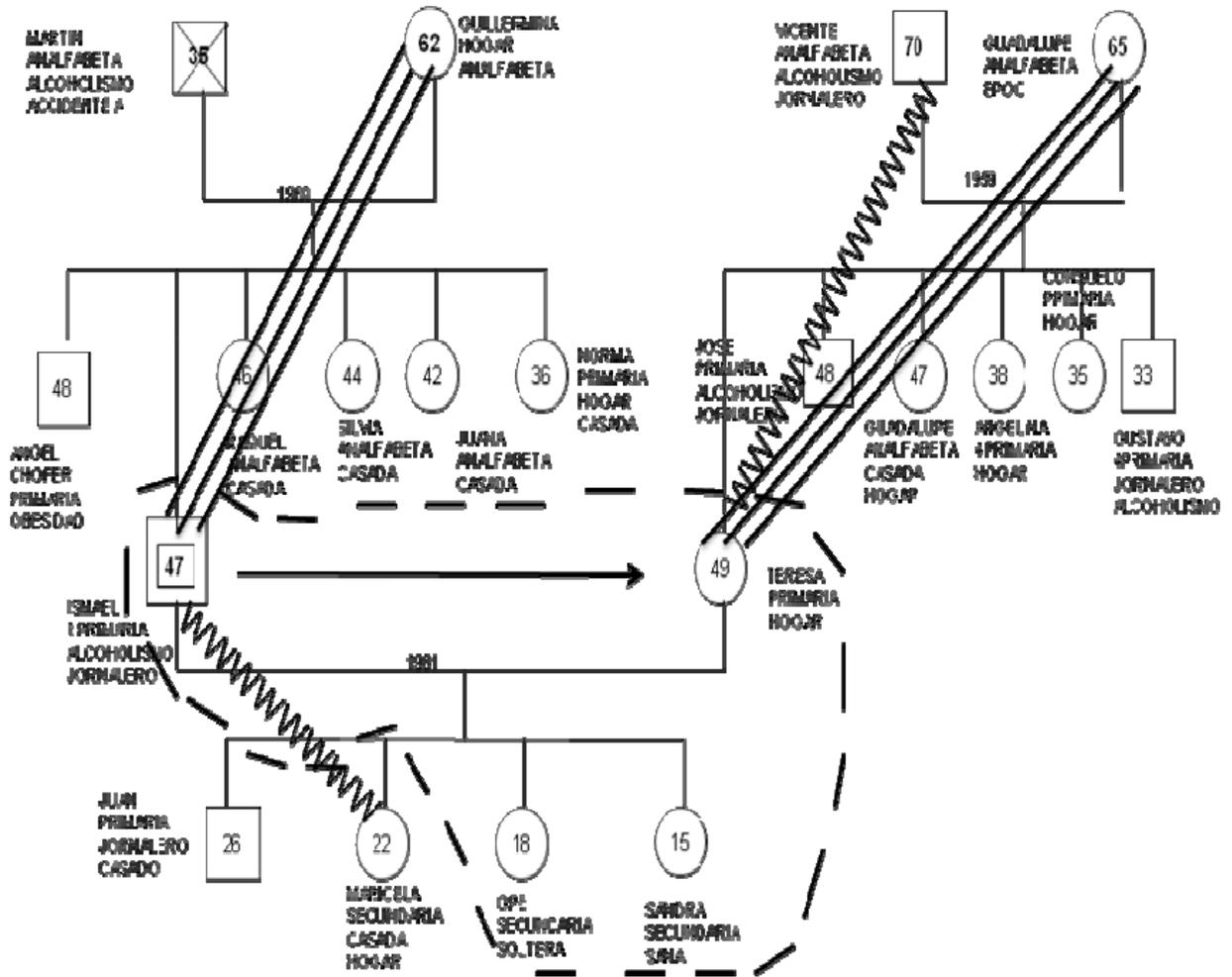
Perfil de funcionamiento familiar

N 15

Familia: T-G
 Fecha de aplicación: 10/07/09
 Tiempo de formada: 28 años
 Etapa de ciclo vital: dispersión
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 2 niños 0
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Ismael
 GLOBAL 114



GENOGRAMA 15
FAMILIA T-G

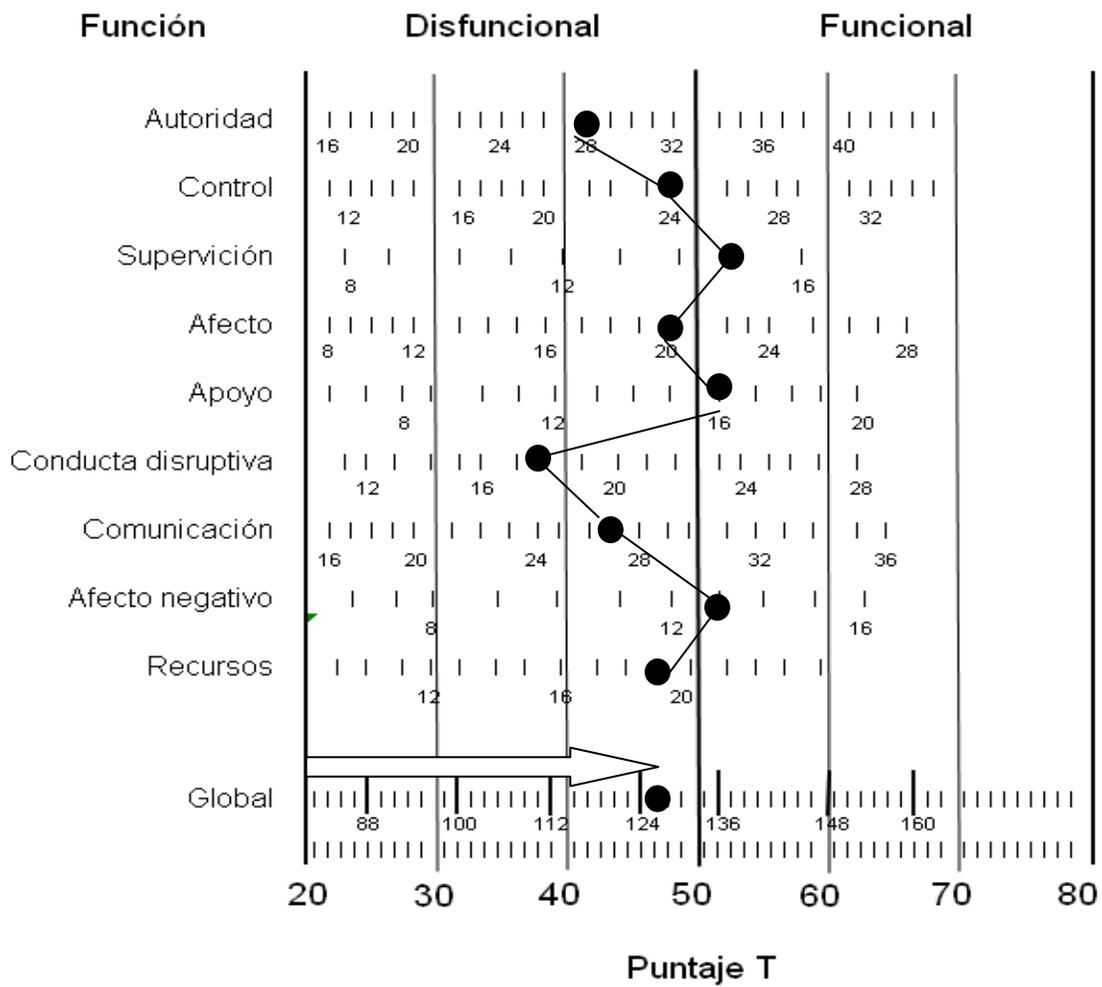


FECHA DE ELABORACION 11/07/2009
AUTOR DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
R3MF

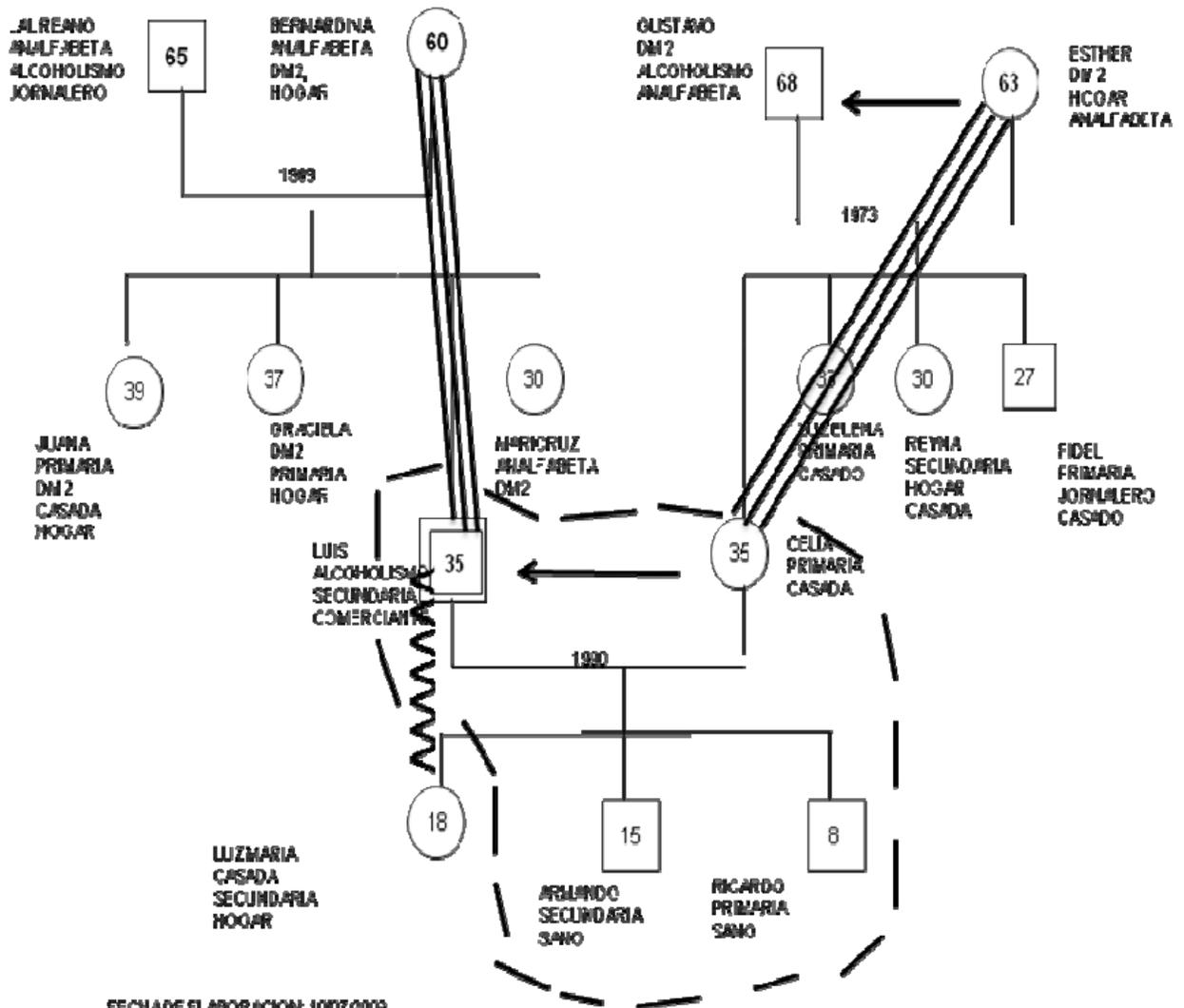
Perfil de funcionamiento familiar

N 16

Familia: S-M
 Fecha de aplicación: 10/07/09
 Tiempo de formada: 19 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 1
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Luis
 GLOBAL 126



GENOGRAMA 18
FAMILIA S-M

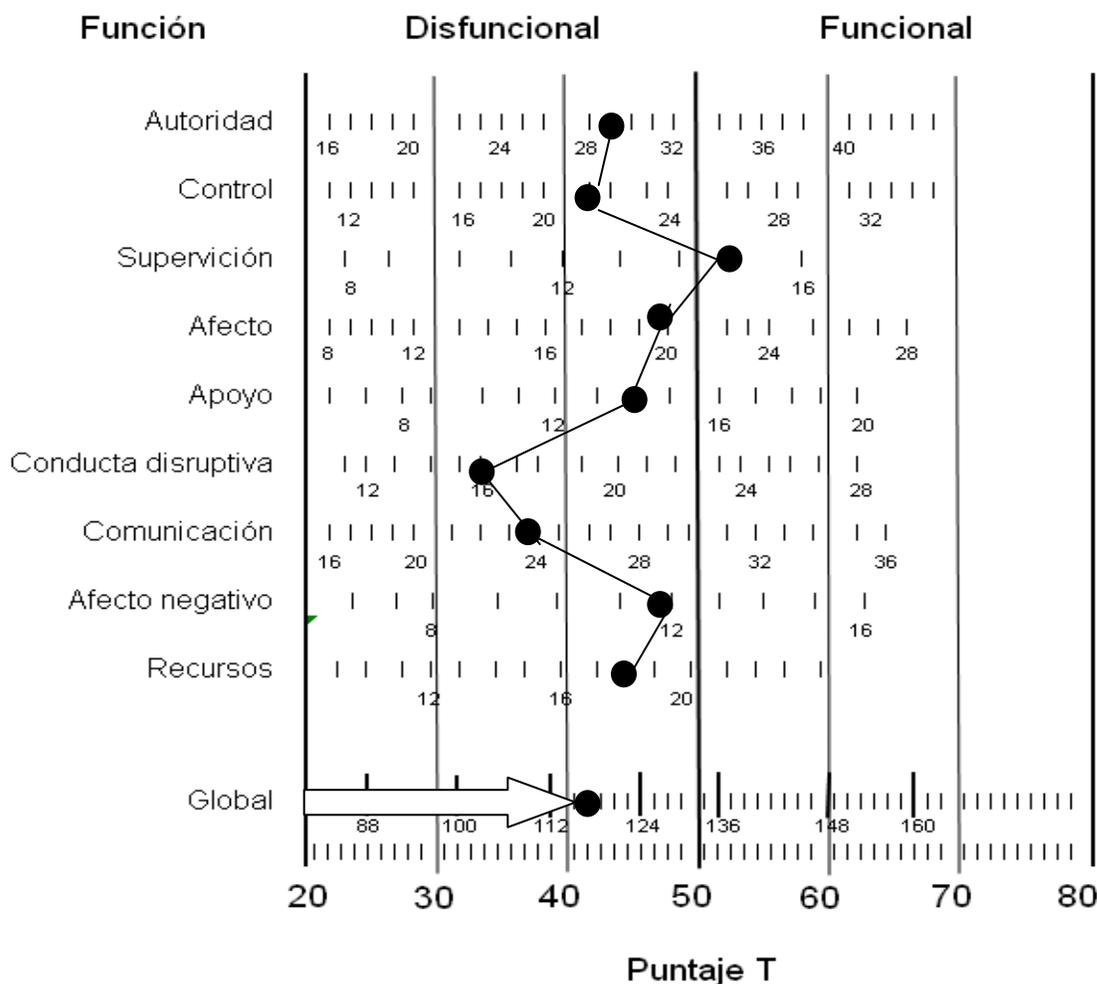


FECHA DE ELABORACION: 10/07/2009
AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
R3MF

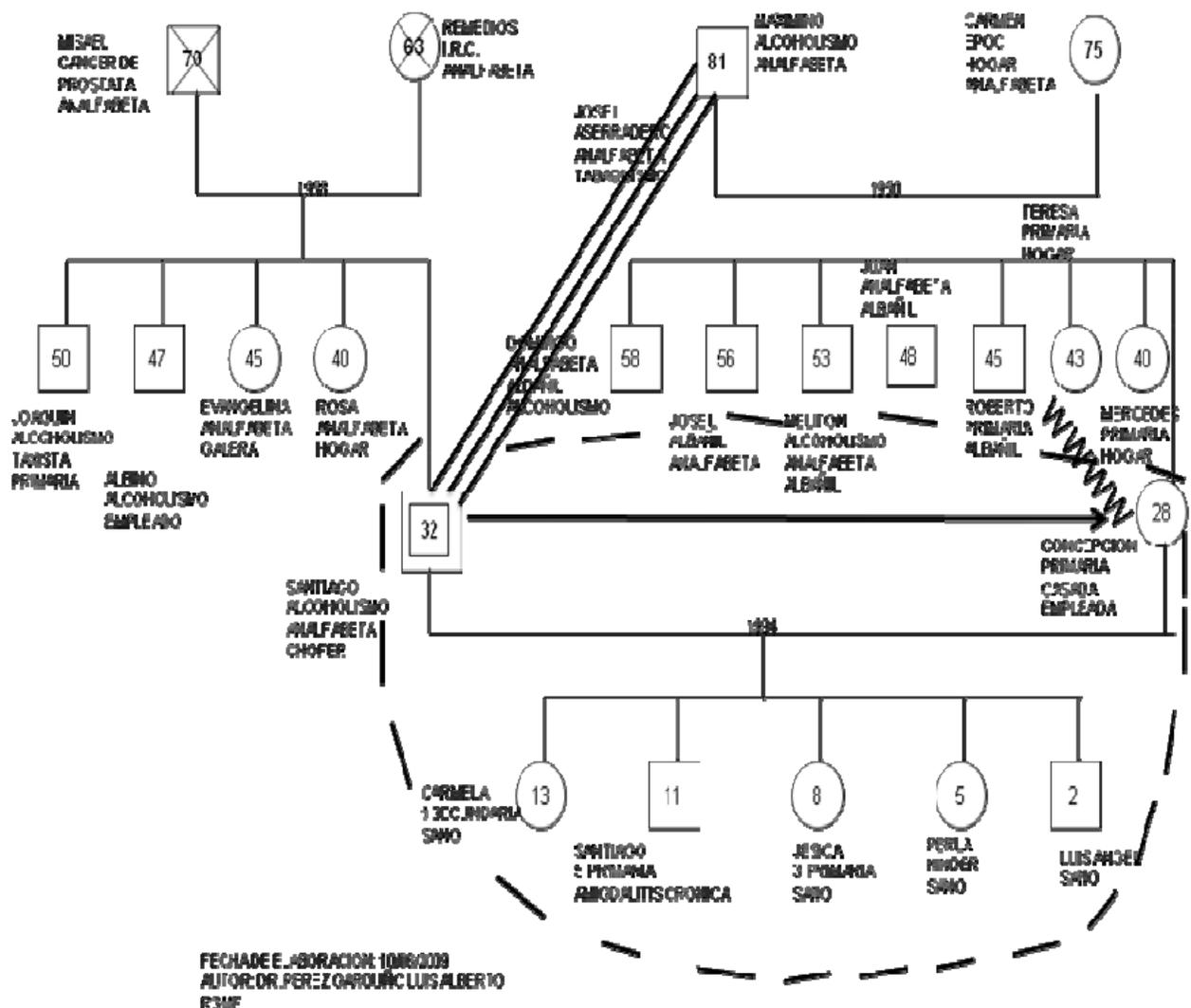
Perfil de funcionamiento familiar

N-17

Familia: G-R
 Fecha de aplicación: 10/06/09
 Tiempo de formada: 15 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 2 niños 3
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Santiago
 GLOBAL 118



CENOCRAMA 17
FAMILIA G-R



Perfil de funcionamiento familiar

N-18

Familia: A-G

Fecha de aplicación: 18/06/09

Tiempo de formada: 8 años

Etapa de ciclo vital: Expansión

Nivel socioeconómico: Medio-bajo

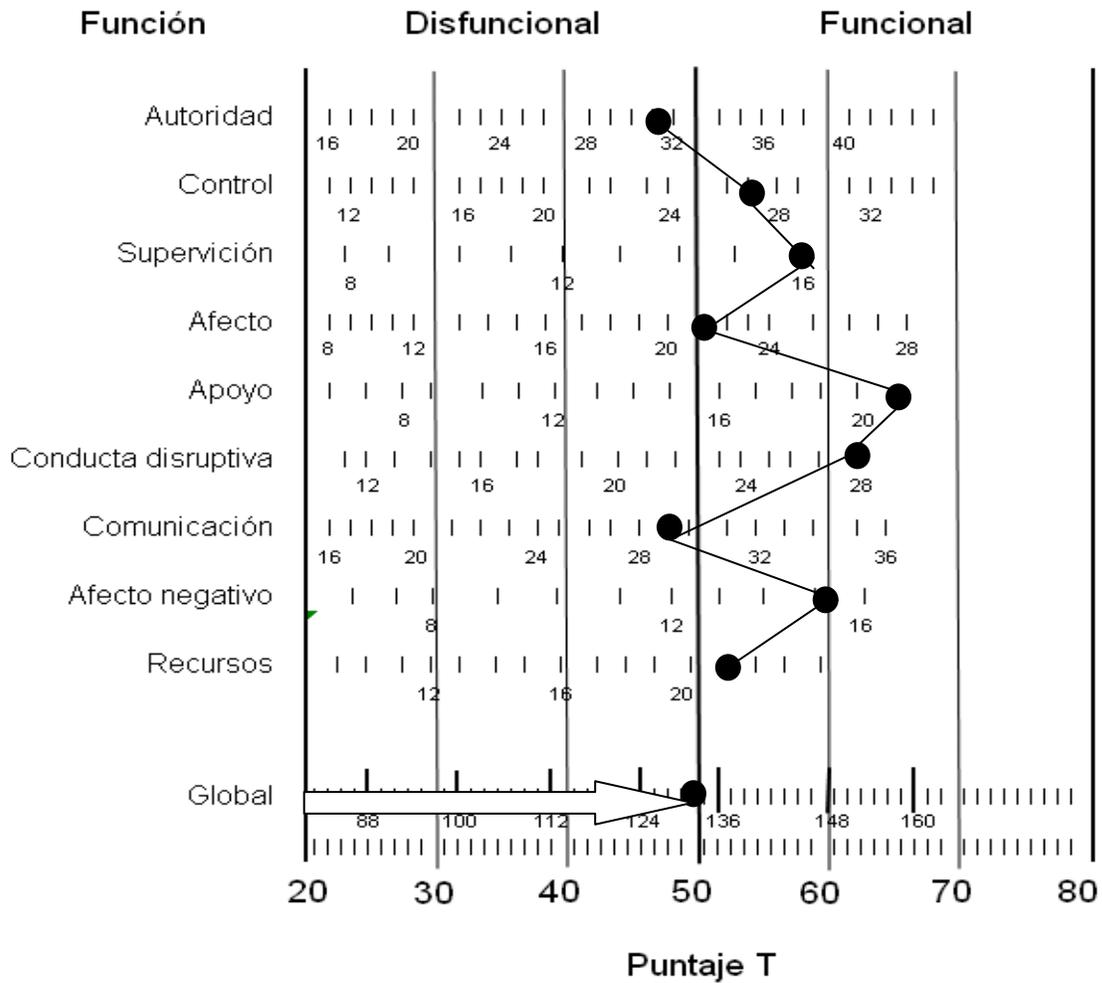
Número De miembros Adultos: 2

Adolescentes 0 niños 2

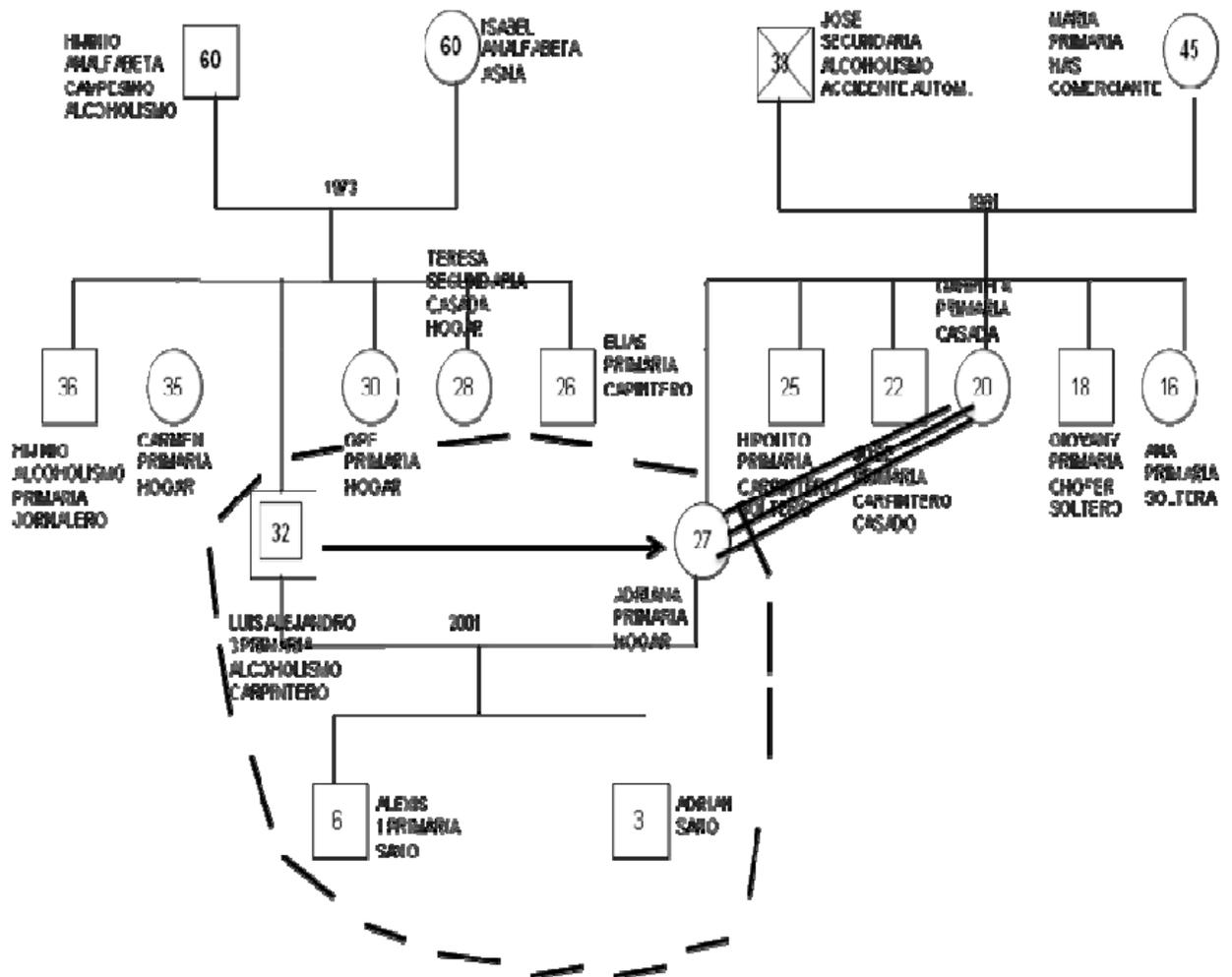
Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional

Paciente Identificado: Luis García

GLOBAL 135



GRAMA 18
FAMILIA-O

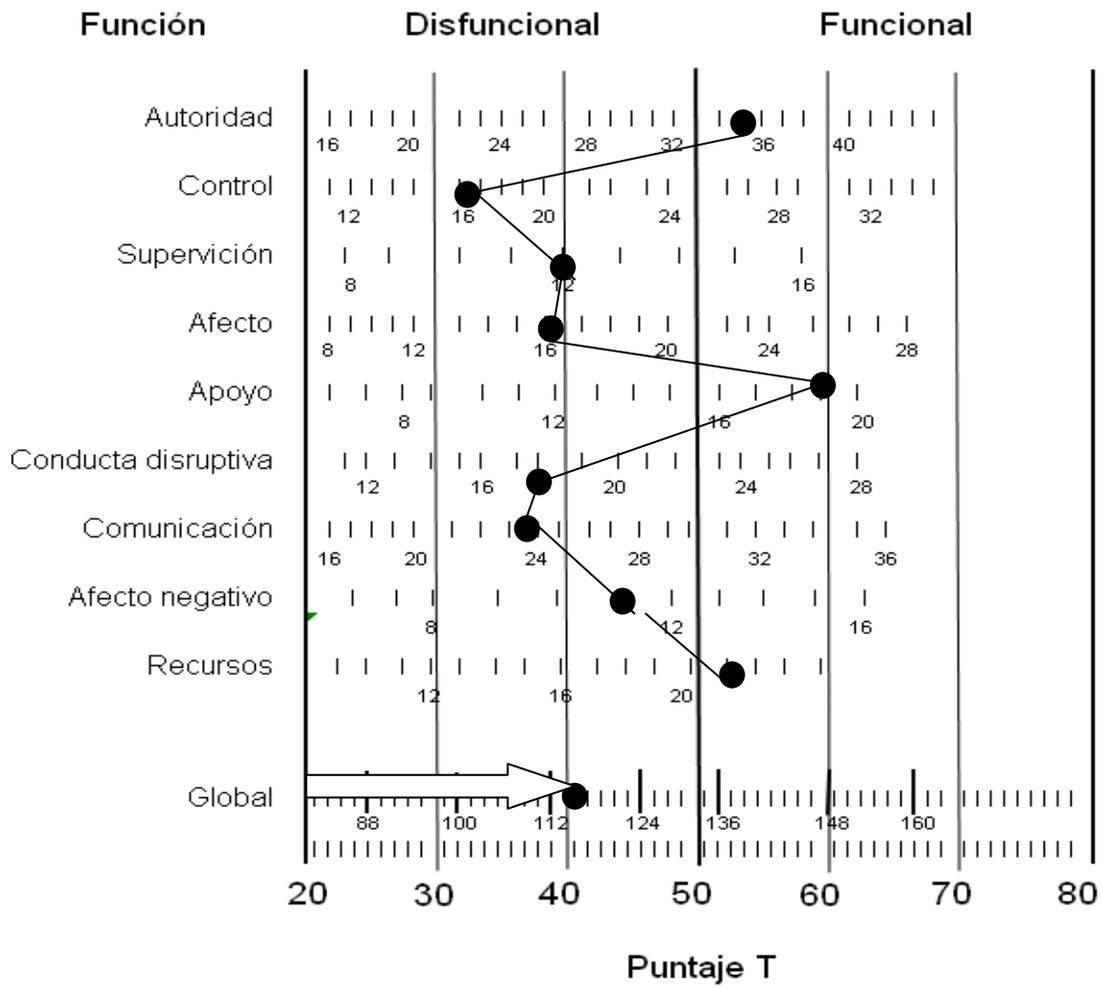


FECHA DE ELABORACION: 19/08/2009
 AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R3MF

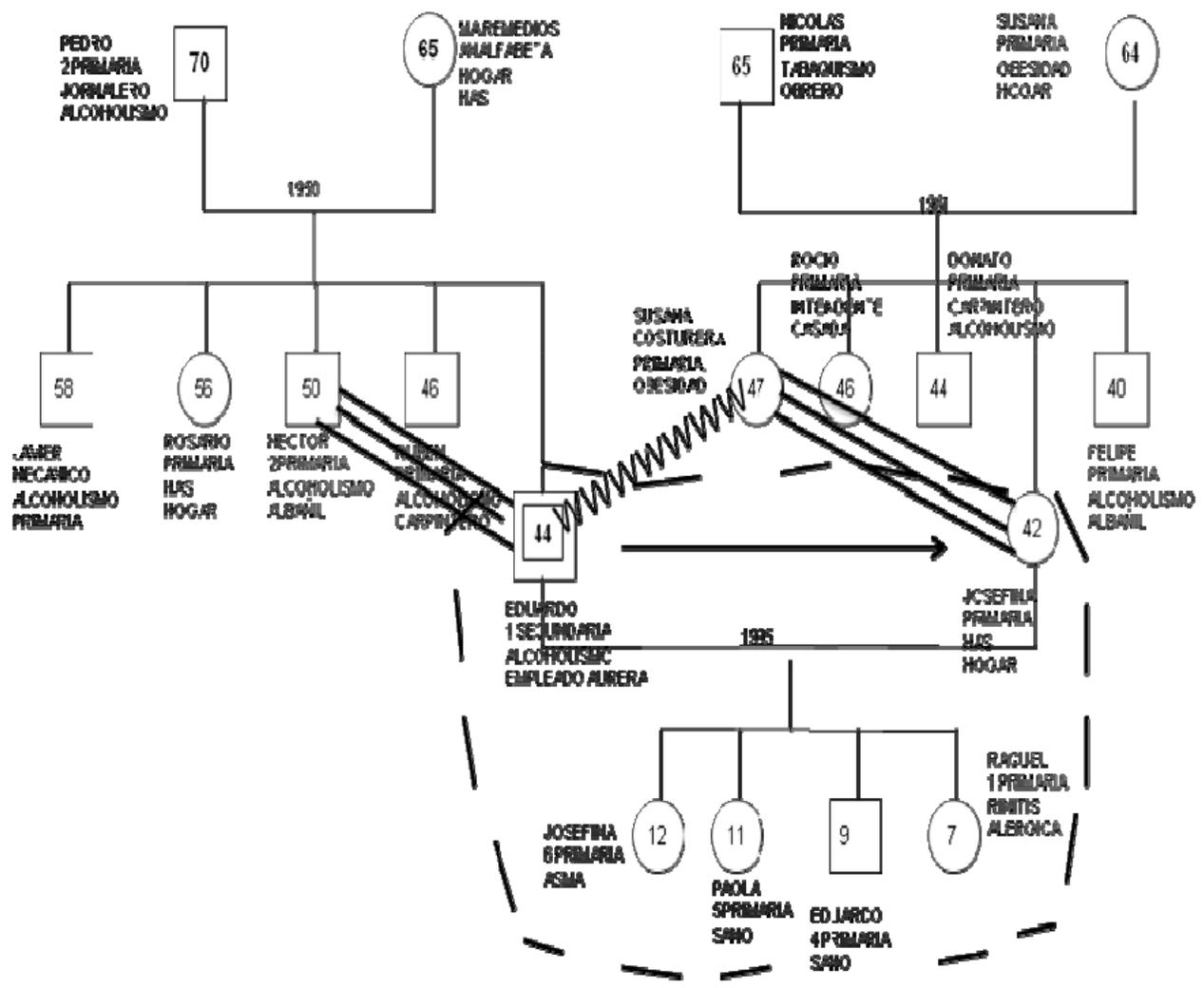
Perfil de funcionamiento familiar

N-19

Familia: L-O
 Fecha de aplicación: 7/07/09
 Tiempo de formada: 14 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio-bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 2 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Eduardo
 GLOBAL 114



GENOGRAMA 18
FAMILIA L-O

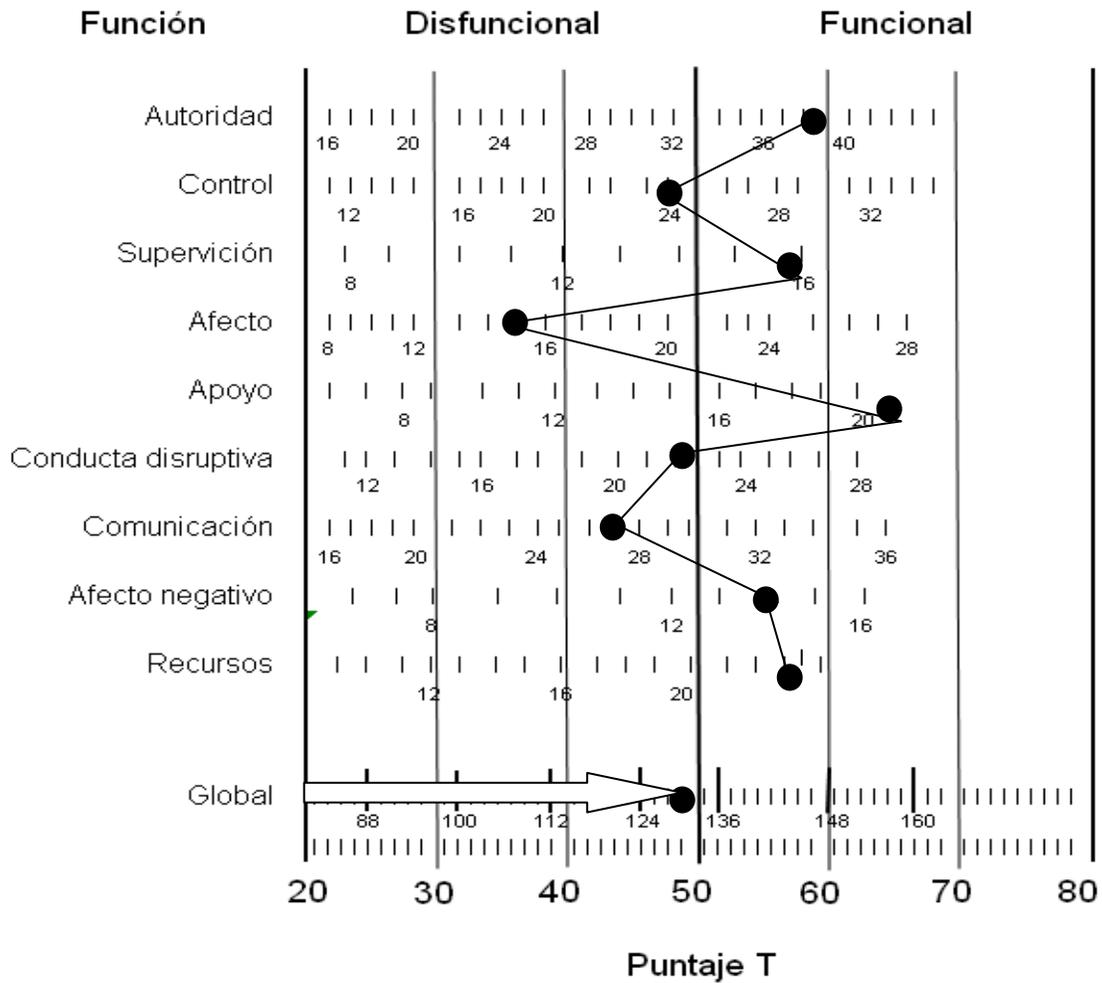


FECHA DE ELABORACION 7/01/2009
AUTOR: DR. PEREZ ARDUNO LUIS ALBERTO
RJM

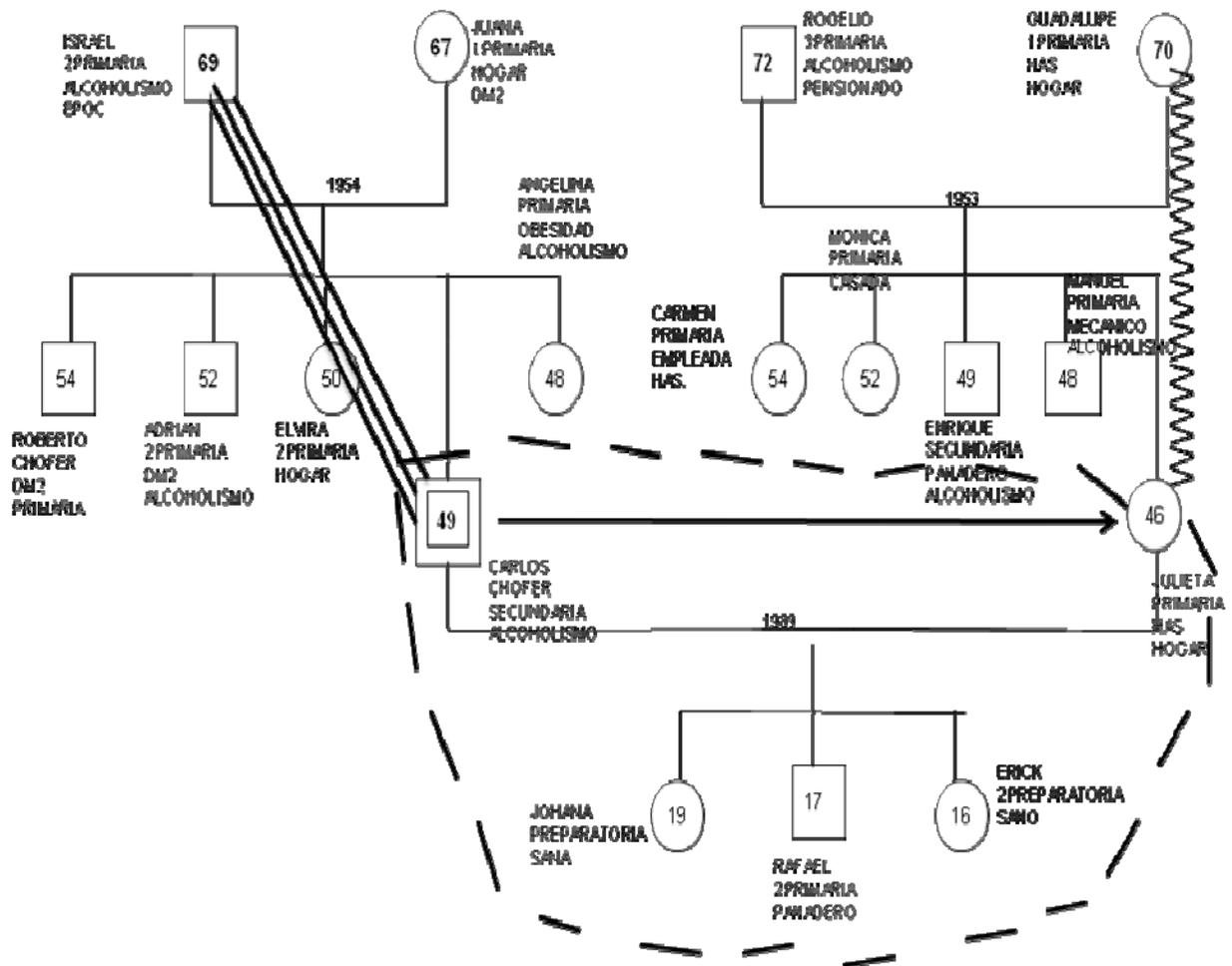
Perfil de funcionamiento familiar

N-20

Familia: A-C
 Fecha de aplicación: 2/09/09
 Tiempo de formada: 20 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 3 niños 0
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Carlos
 GLOBAL 129



GENOGRAMA 20
FAMILIA A-C

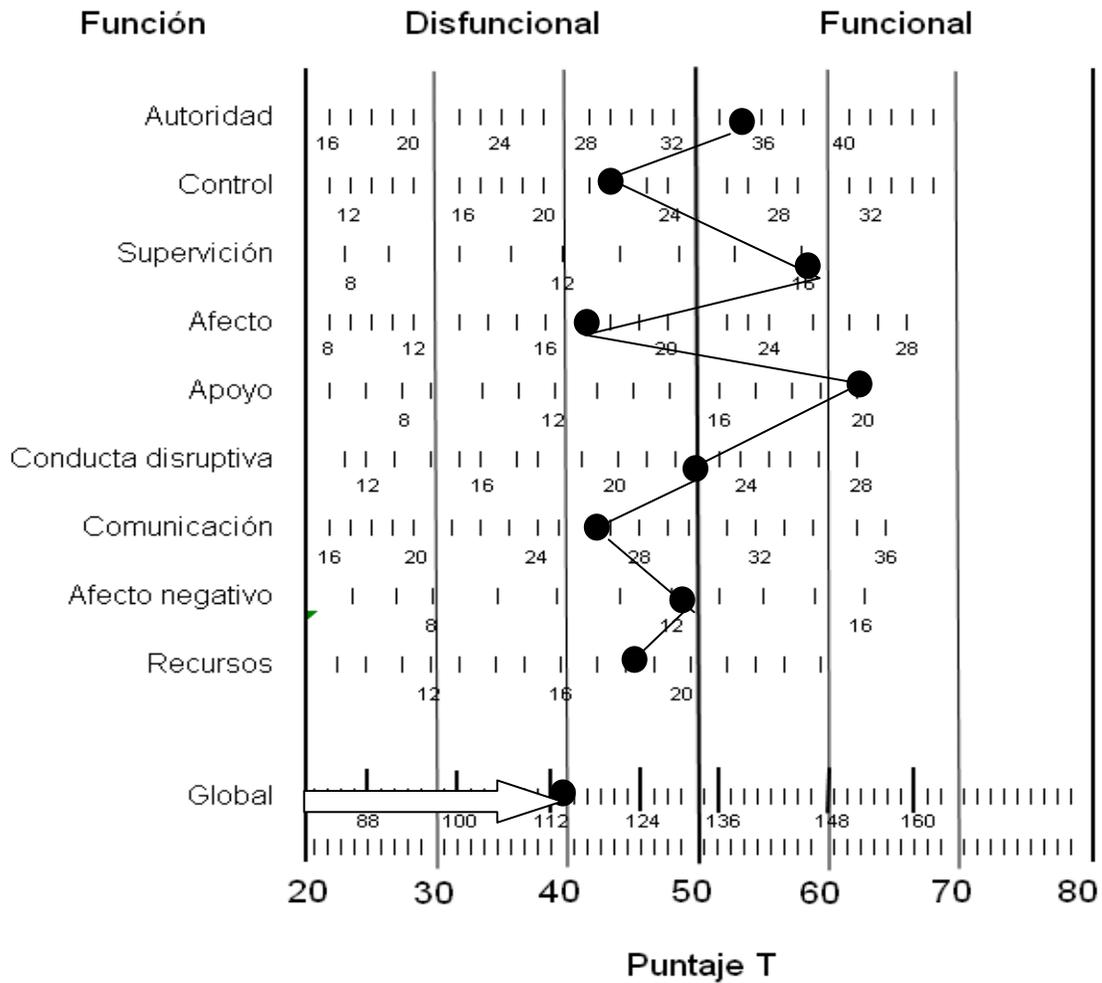


FECHA DE ELABORACION: 2019/003
AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
R.S.M.F

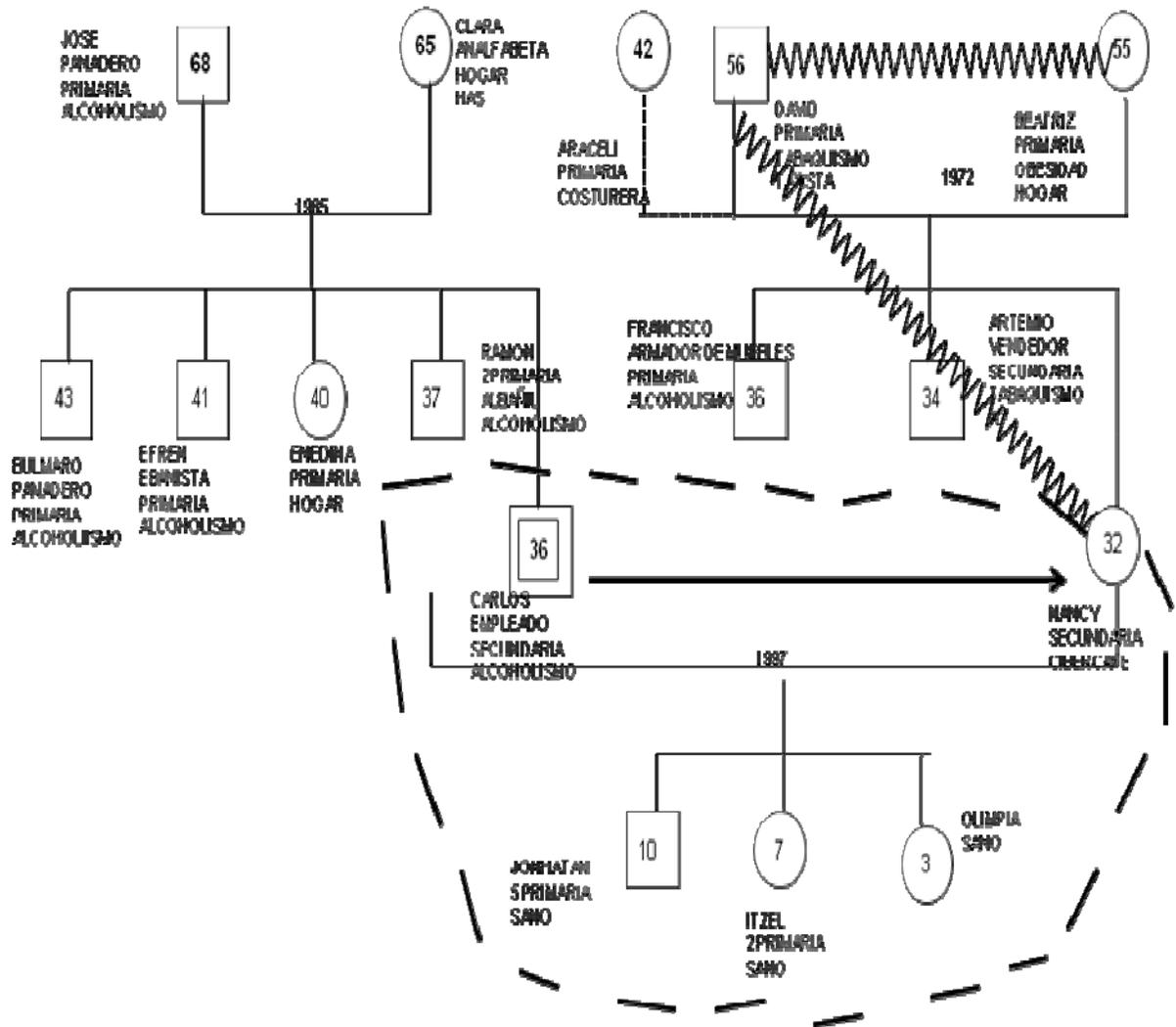
Perfil de funcionamiento familiar

N-21

Familia: C-S
 Fecha de aplicación: 19/08/09
 Tiempo de formada: 12 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 0 niños 3
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: Carlos Contreras
 PUNTAJE GLOBAL 113



GENOGRAMA 21
FAMILIA C-S

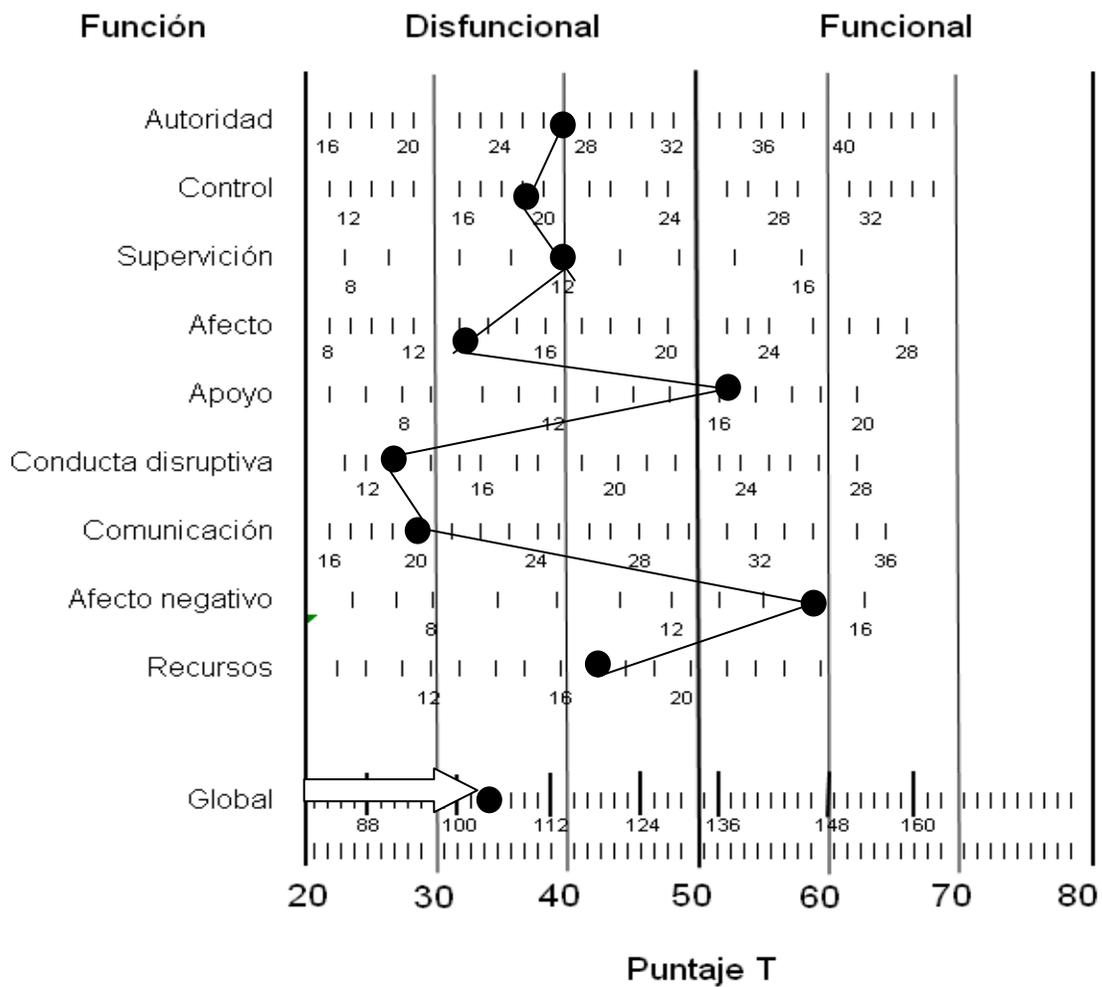


FECHA DE ELABORACION: 19/03/2009
 AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R3MF

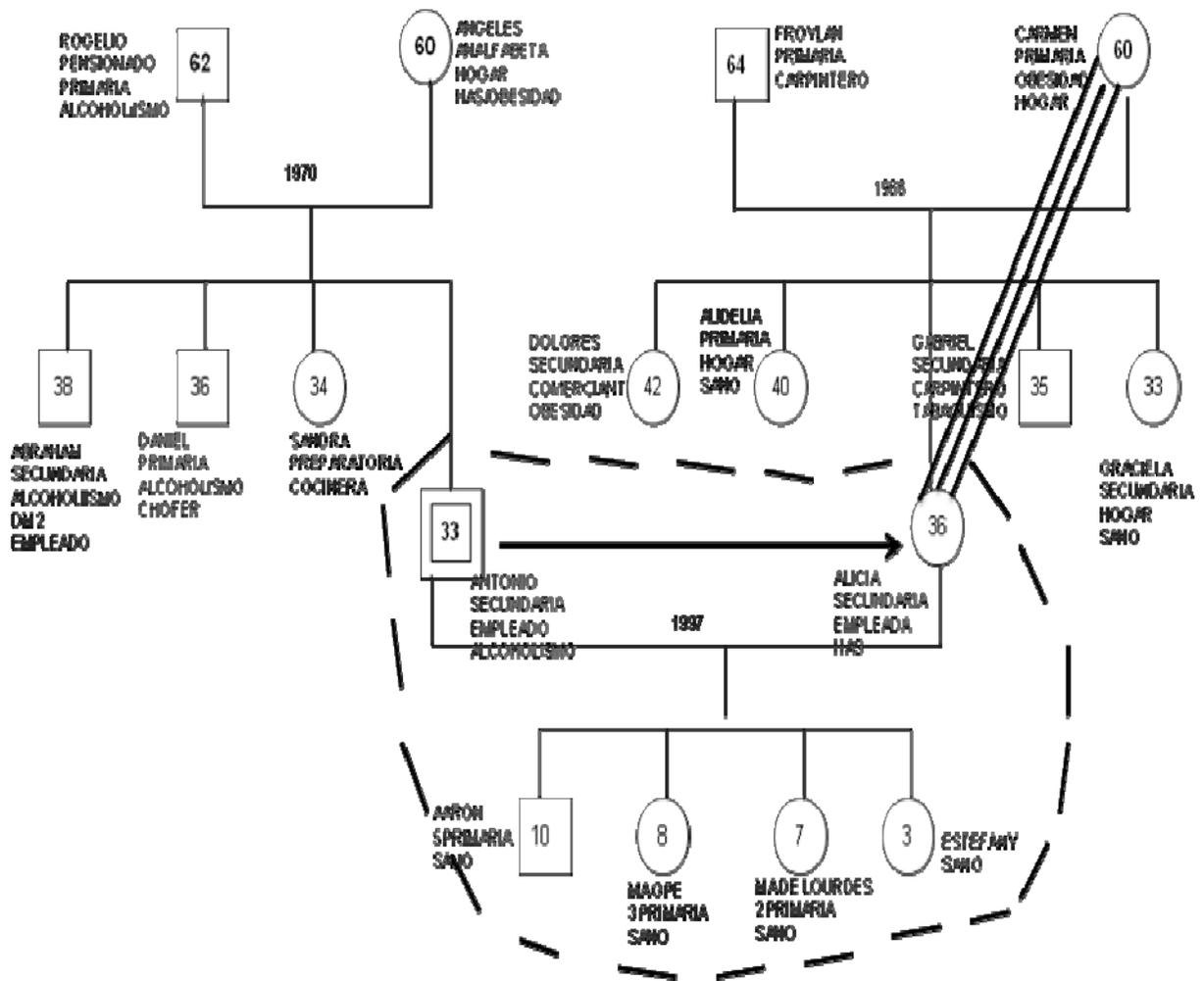
Perfil de funcionamiento familiar

N-22

Familia: P-R
 Fecha de aplicación: 10/08/09
 Tiempo de formada: 12 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: Bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 0 niños 4
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: Antonio
 PUNTAJE GLOBAL 104



GENOGRAMA 22
FAMILIA P-R

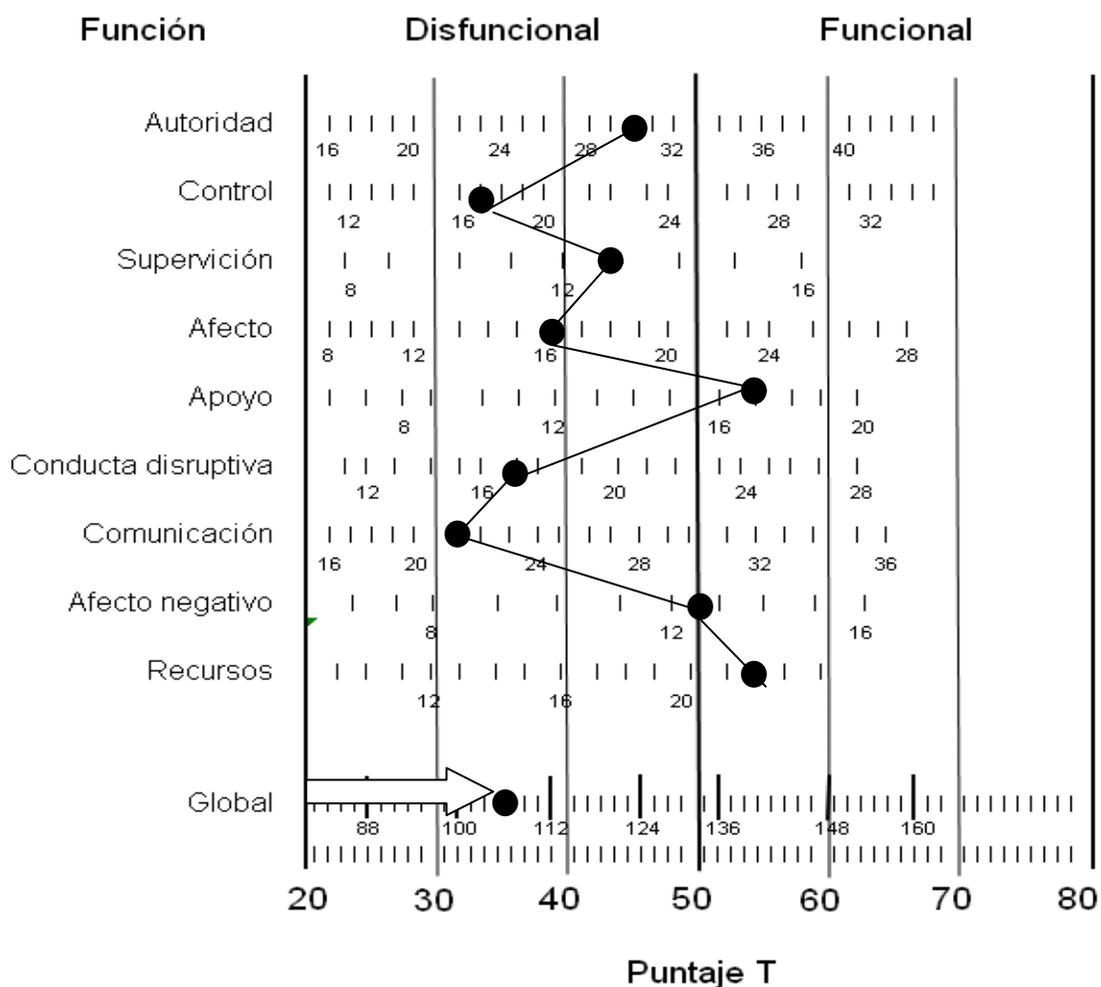


FECHA DE ELABORACION: 10/09/2009
AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
R3MF

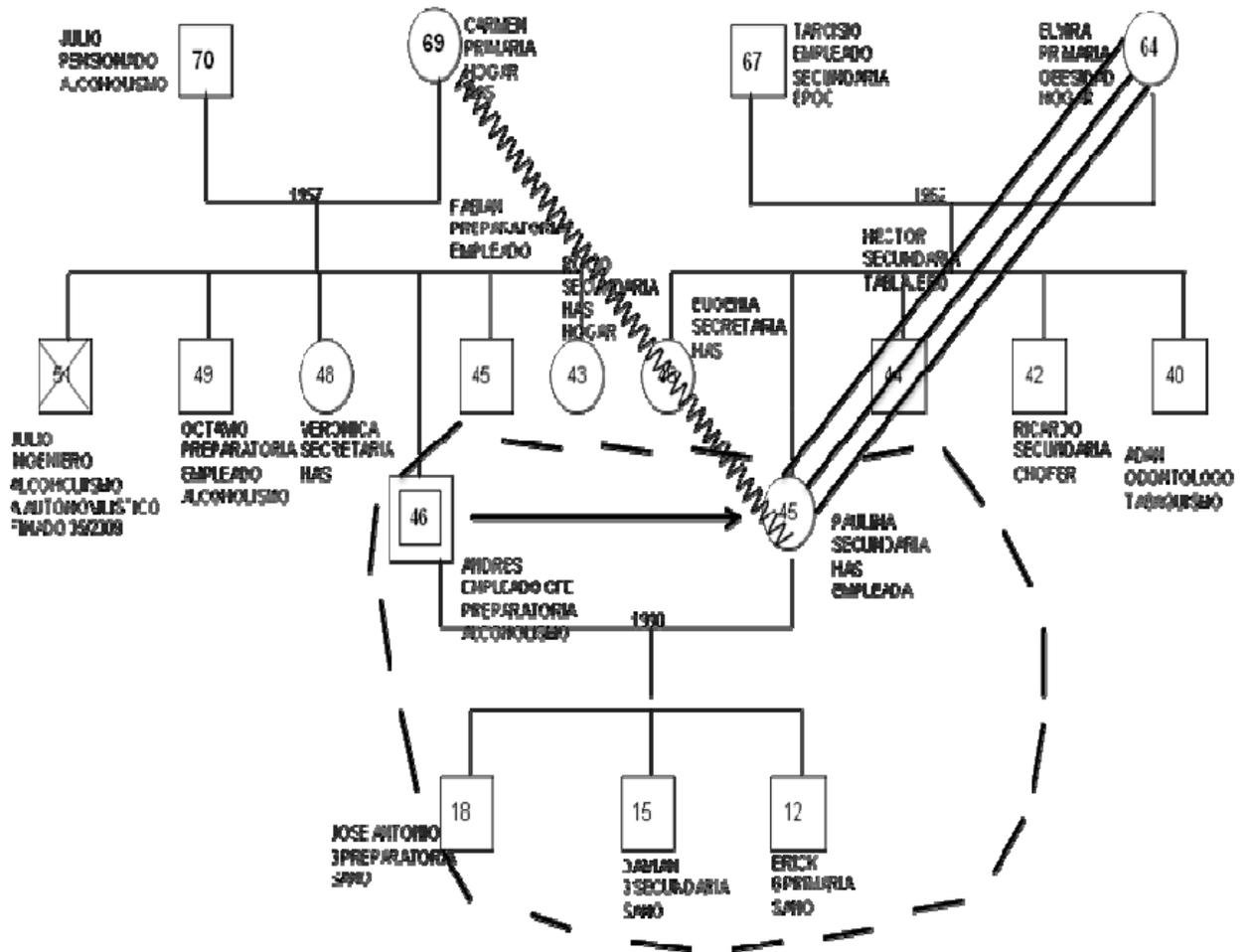
Perfil de funcionamiento familiar

N-23

Familia: C-L
 Fecha de aplicación: 10/08/09
 Tiempo de formada: 19 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: Medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 3 niños 0
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional
 Paciente Identificado: Andrés
 PUNTAJE GLOBAL 109



GENEORAMA 23
FAM UA C-L

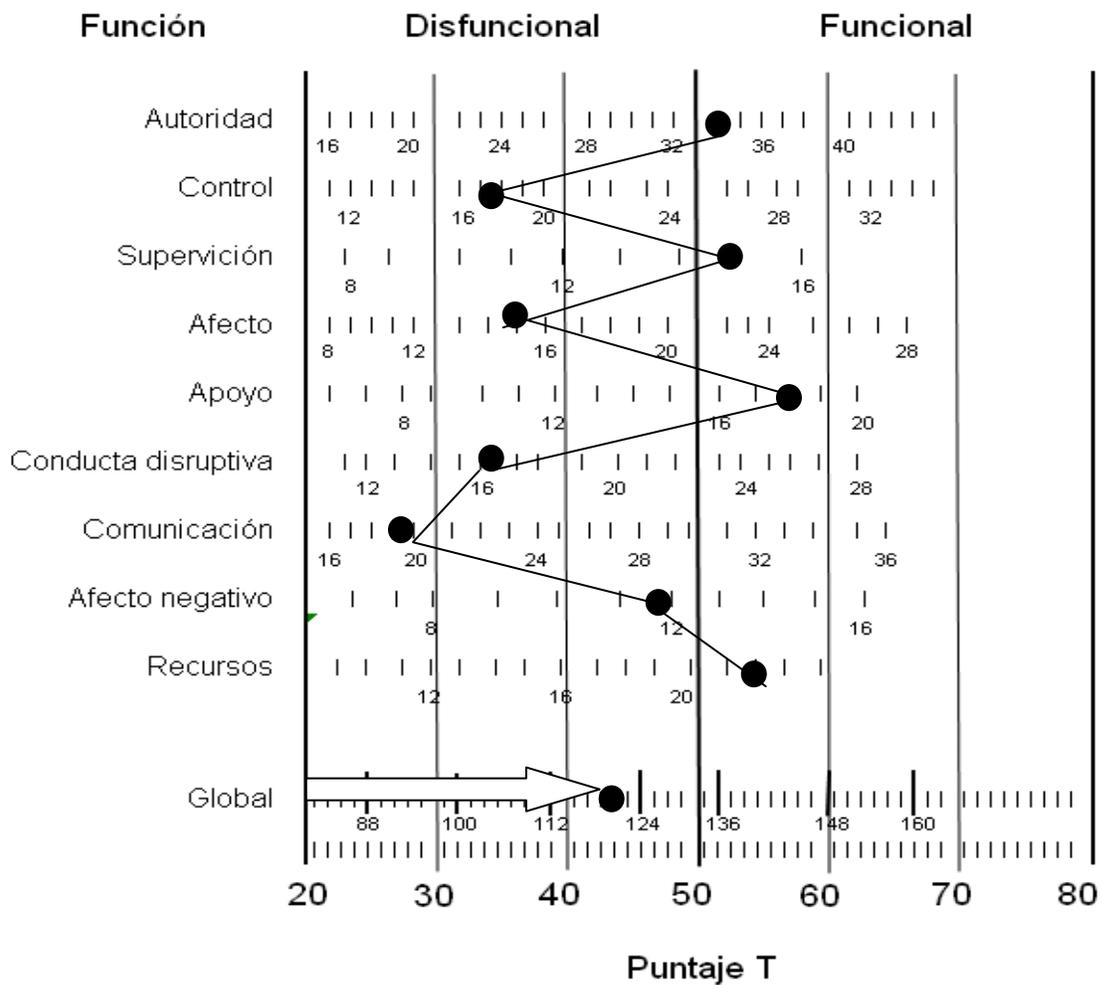


FECHA DE ELABORACION: 10/06/2000
AUTOR: DR. PÉREZ GONZÁLEZ, ALBERTO
RJM

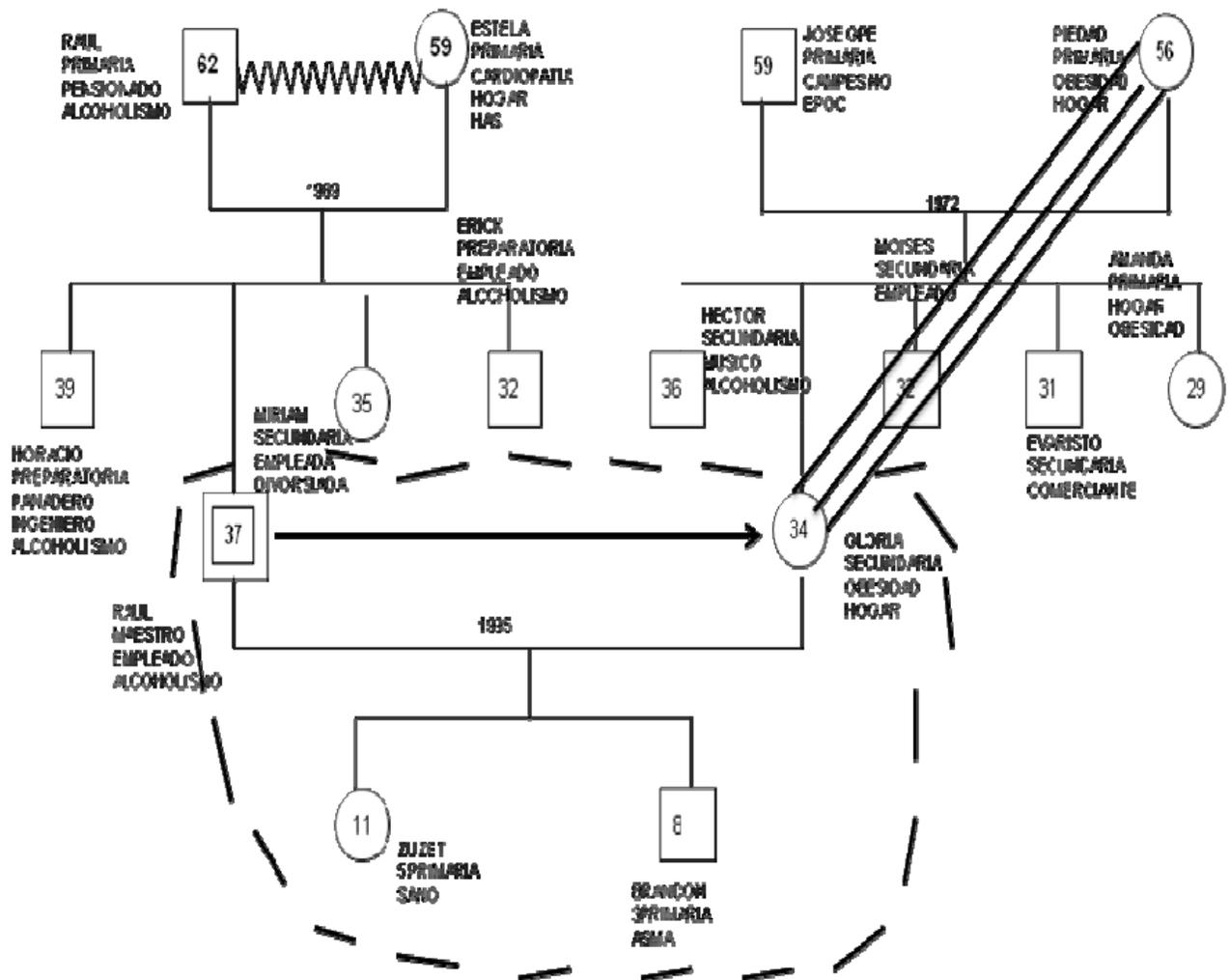
Perfil de funcionamiento familiar

N-24

Familia: P-M
 Fecha de aplicación: 11/08/09
 Tiempo de formada: 14 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: Medio-alto
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 1 niños 1
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana tradicional profesionista
 Paciente Identificado: Raúl
 PUNTAJE GLOBAL 120



GENOGRAMA 24
FAMILIA P-M

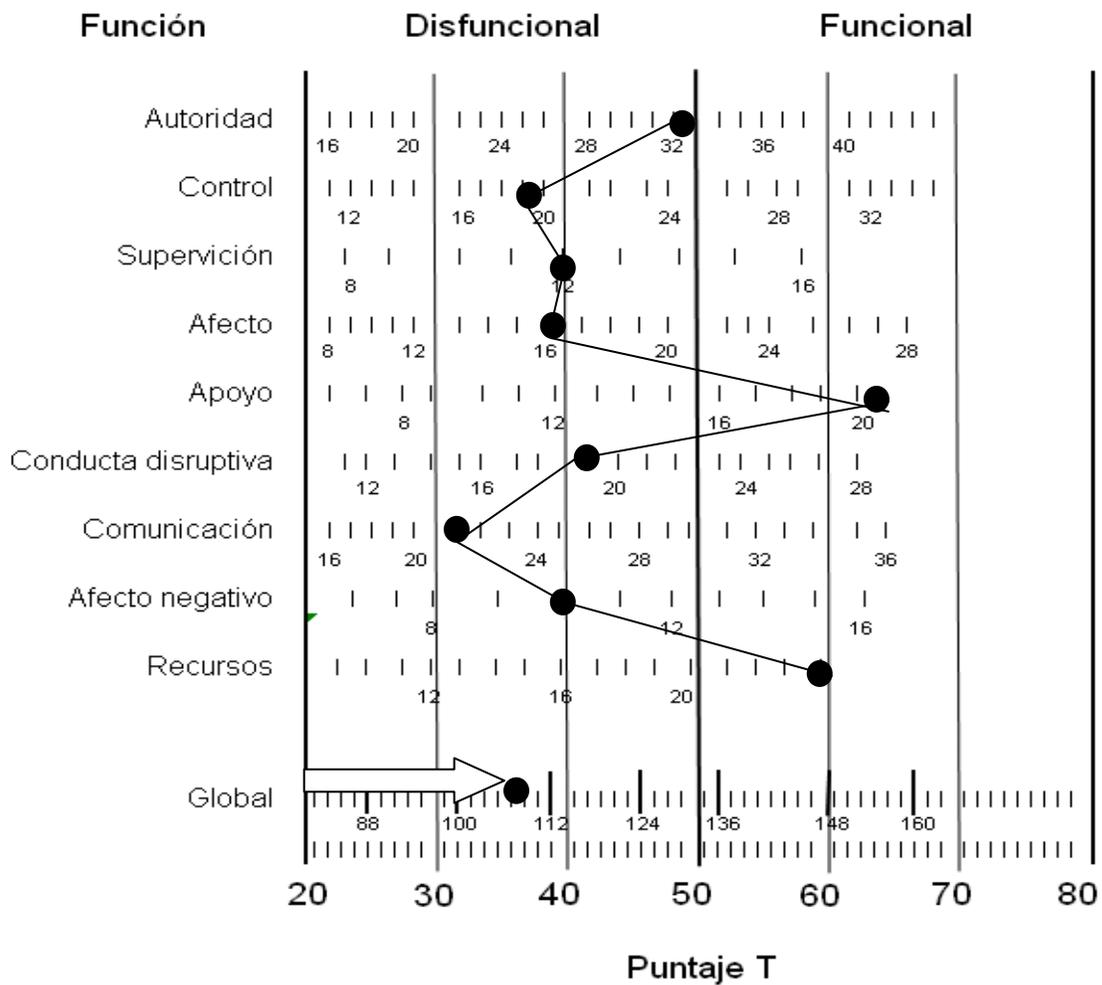


FECHA DE ELABORACION: 11/08/2008
AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
R3MF

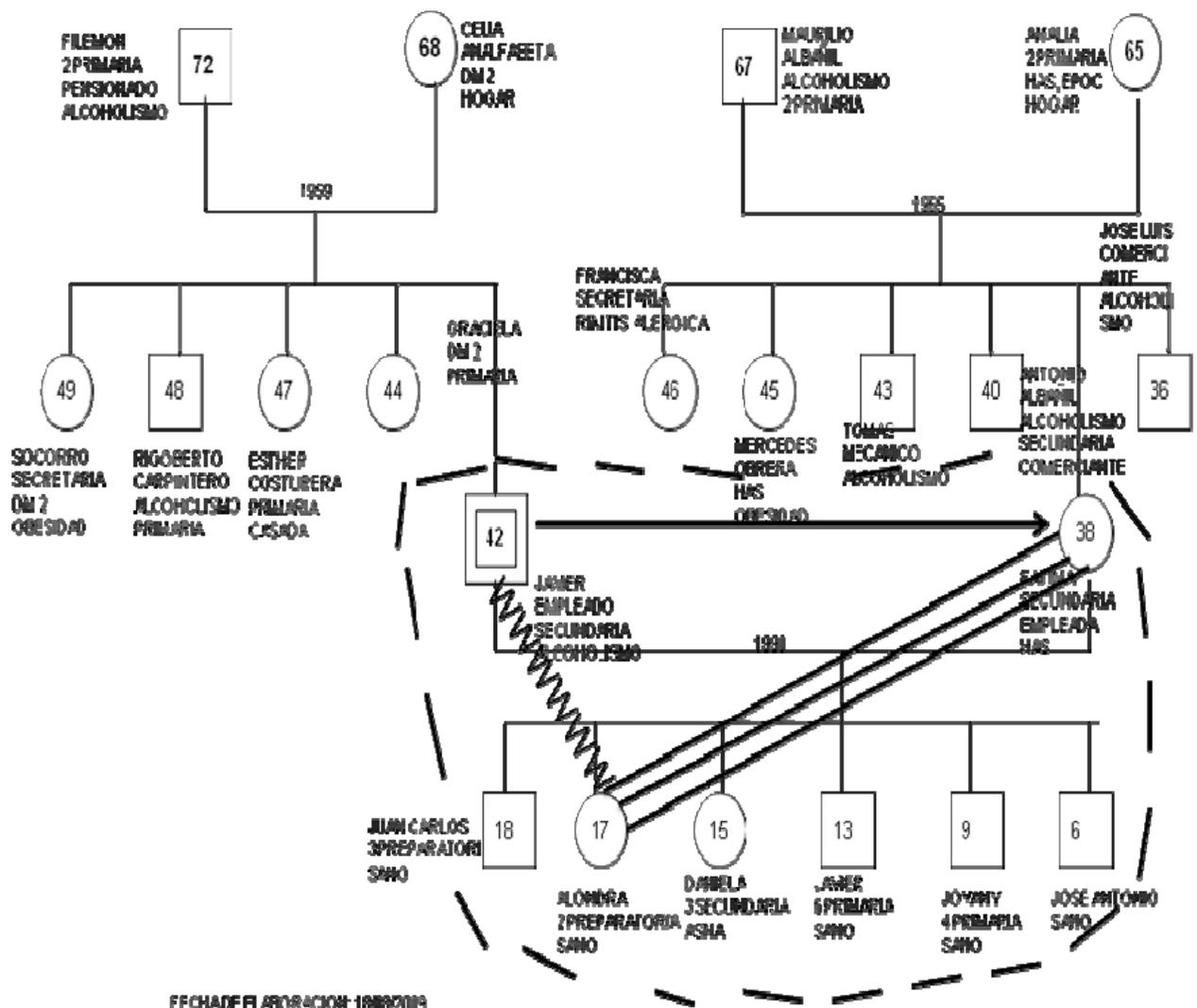
Perfil de funcionamiento familiar

N-25

Familia: T-A
 Fecha de aplicación: 18/08/09
 Tiempo de formada: 19 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: Medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 4 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: Javier
 PUNTAJE GLOBAL 110



**GENOGRAMA 25
FAMILIA T-A**

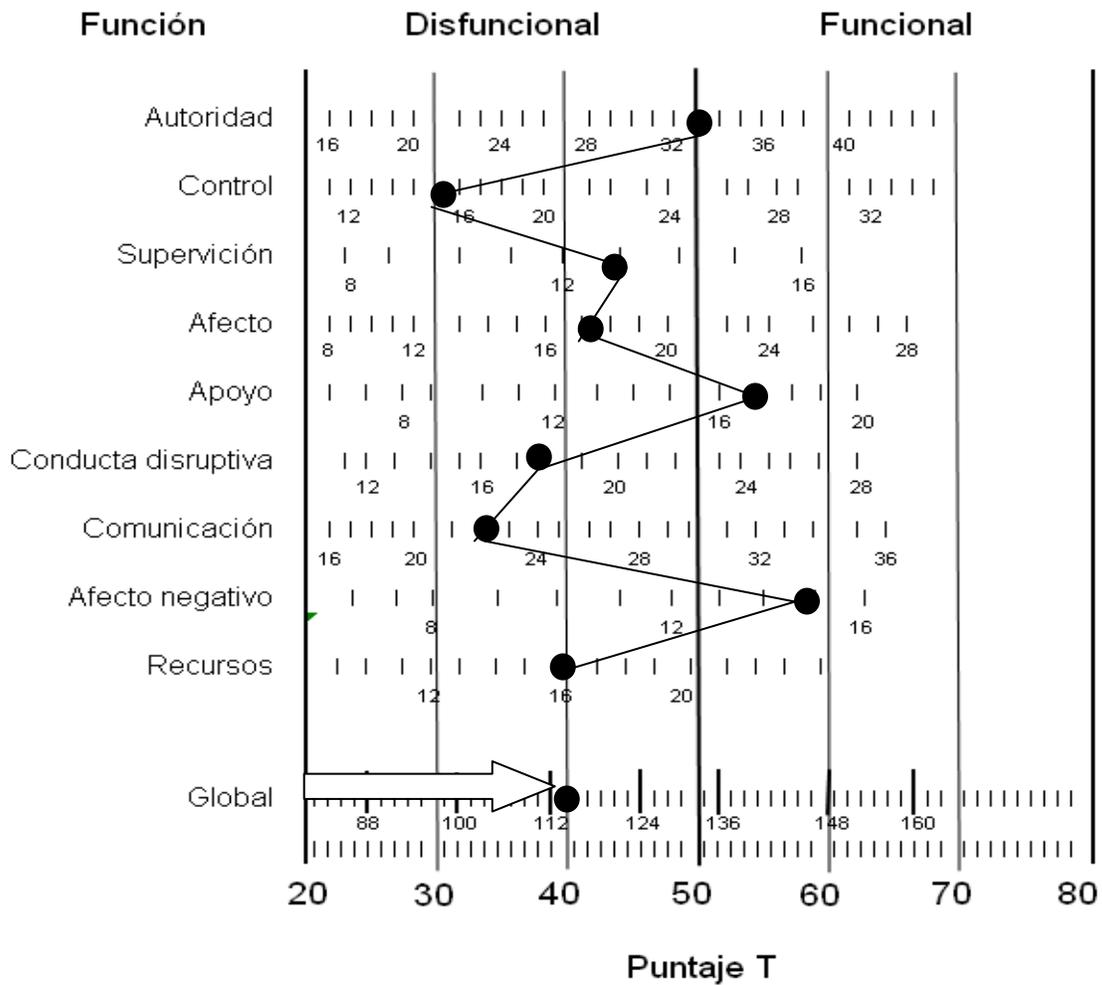


FECHA DE ELABORACION: 18/02/2013
 AUTOR: DR. PÉREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
 R3MF

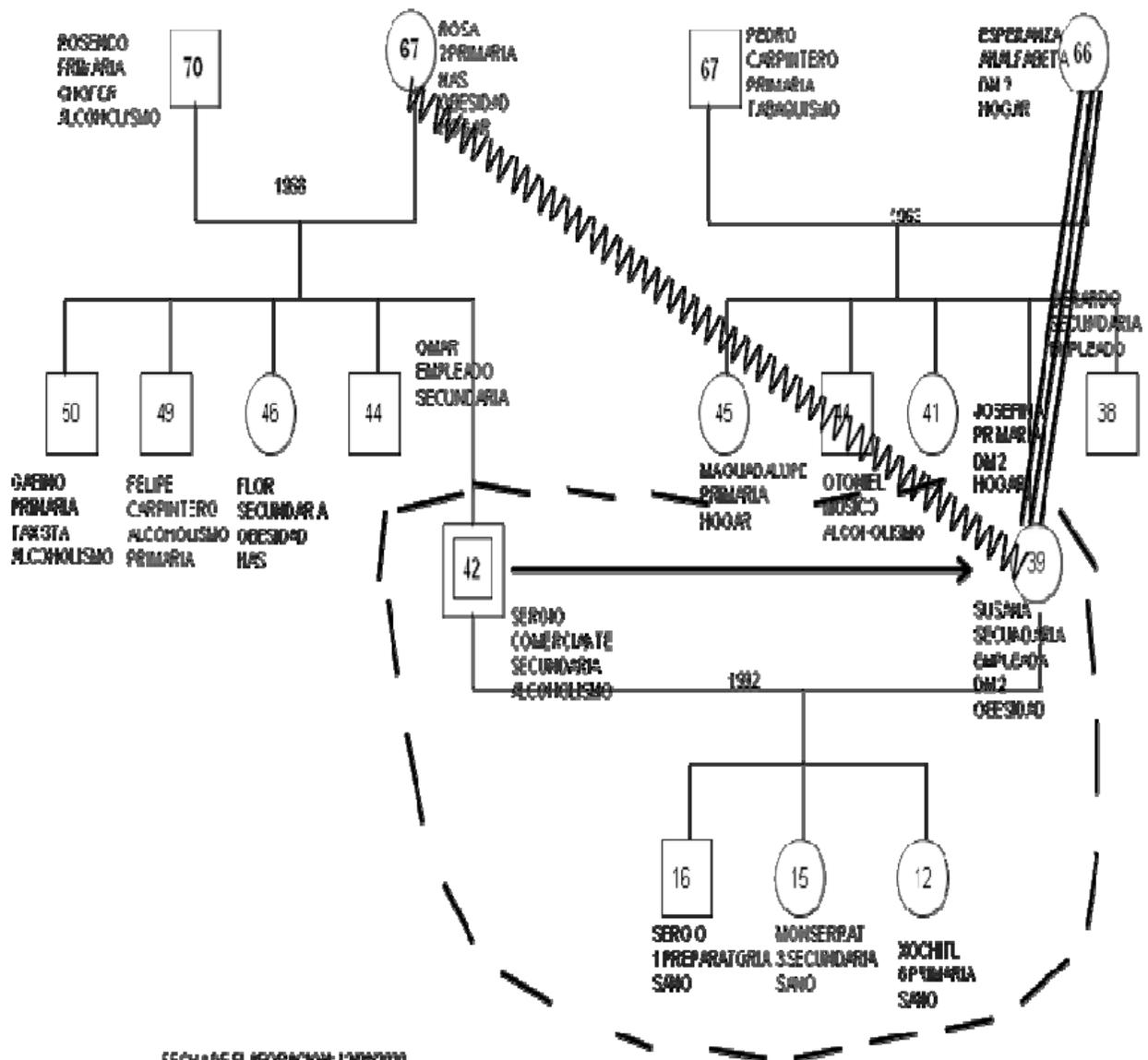
Perfil de funcionamiento familiar

N-26

Familia: G-A
 Fecha de aplicación: 12/08/09
 Tiempo de formada: 17 años
 Etapa de ciclo vital: dispersión
 Nivel socioeconómico: Medio
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 3 niños 0
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: Sergio
 PUNTAJE GLOBAL 113



**GENOGRAMA 28
FAMILIA G-A**

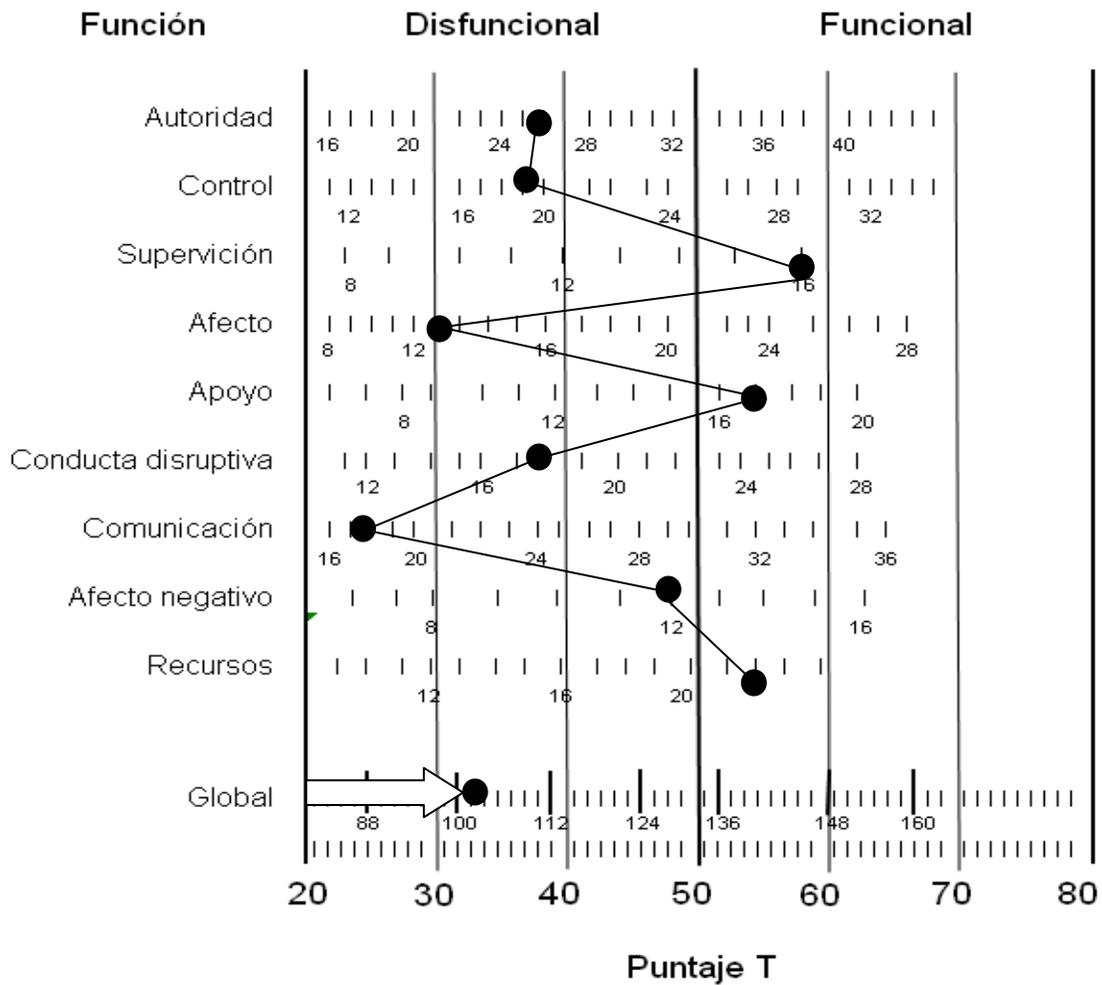


FECHA DE ELABORACION: 12/08/2019
AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO JUAN ALBERTO
R3MF

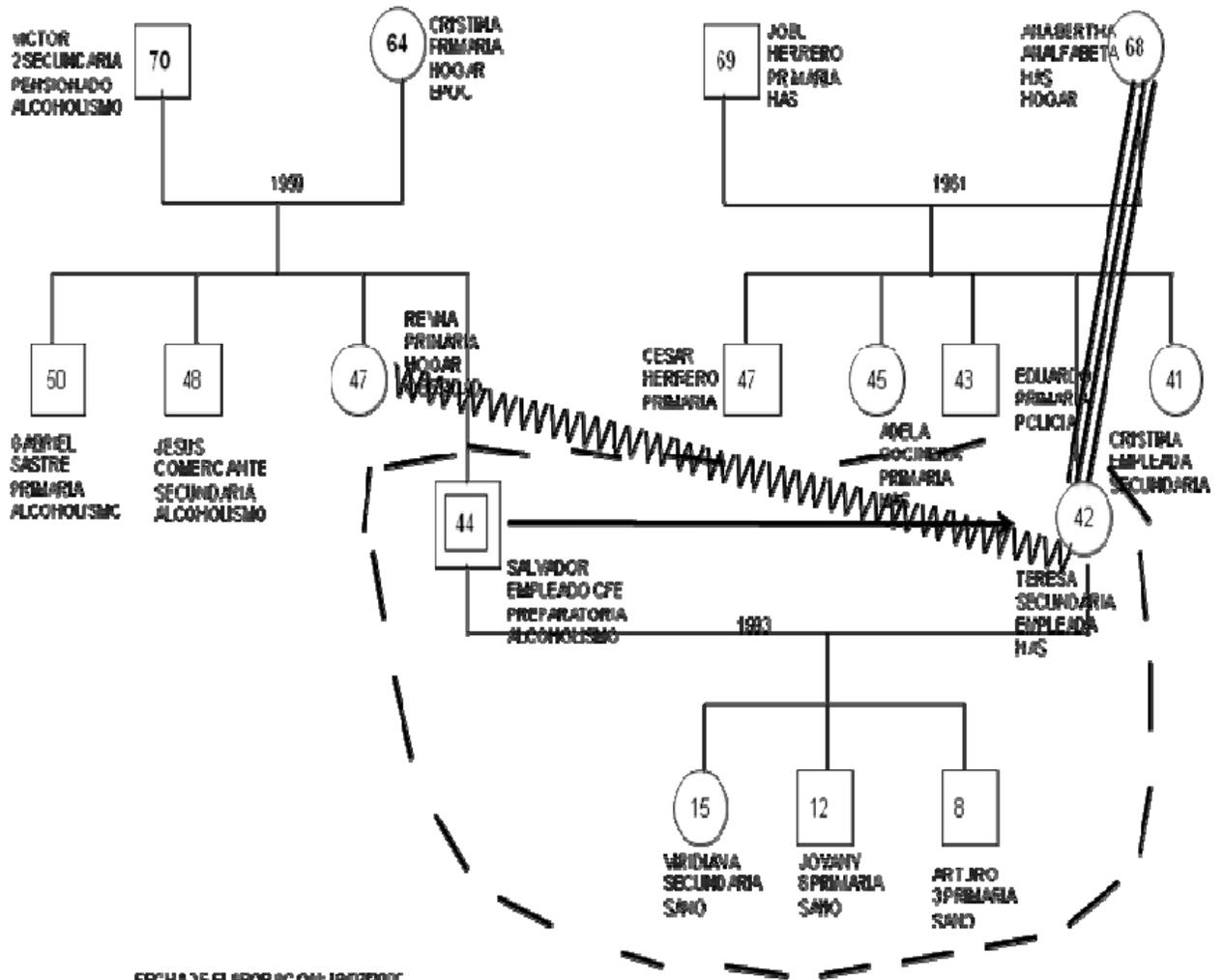
Perfil de funcionamiento familiar

N-27

Familia: S.G
 Fecha de aplicación: 18/07/09
 Tiempo de formada: 16 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio-bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 2 niños 1
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: Salvador
 PUNTAJE GLOBAL 101



**CENOCORAMA 17
FAMILIA S-O**



FECHA DE ELABORACION: 18/07/2008
AUTOR DR. PEREZ GAROLINO URSABERTO
R3MF

Perfil de funcionamiento familiar

N-28

Familia: S-S

Fecha de aplicación: 21/08/09

Tiempo de formada: 14 años

Etapa de ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: Bajo

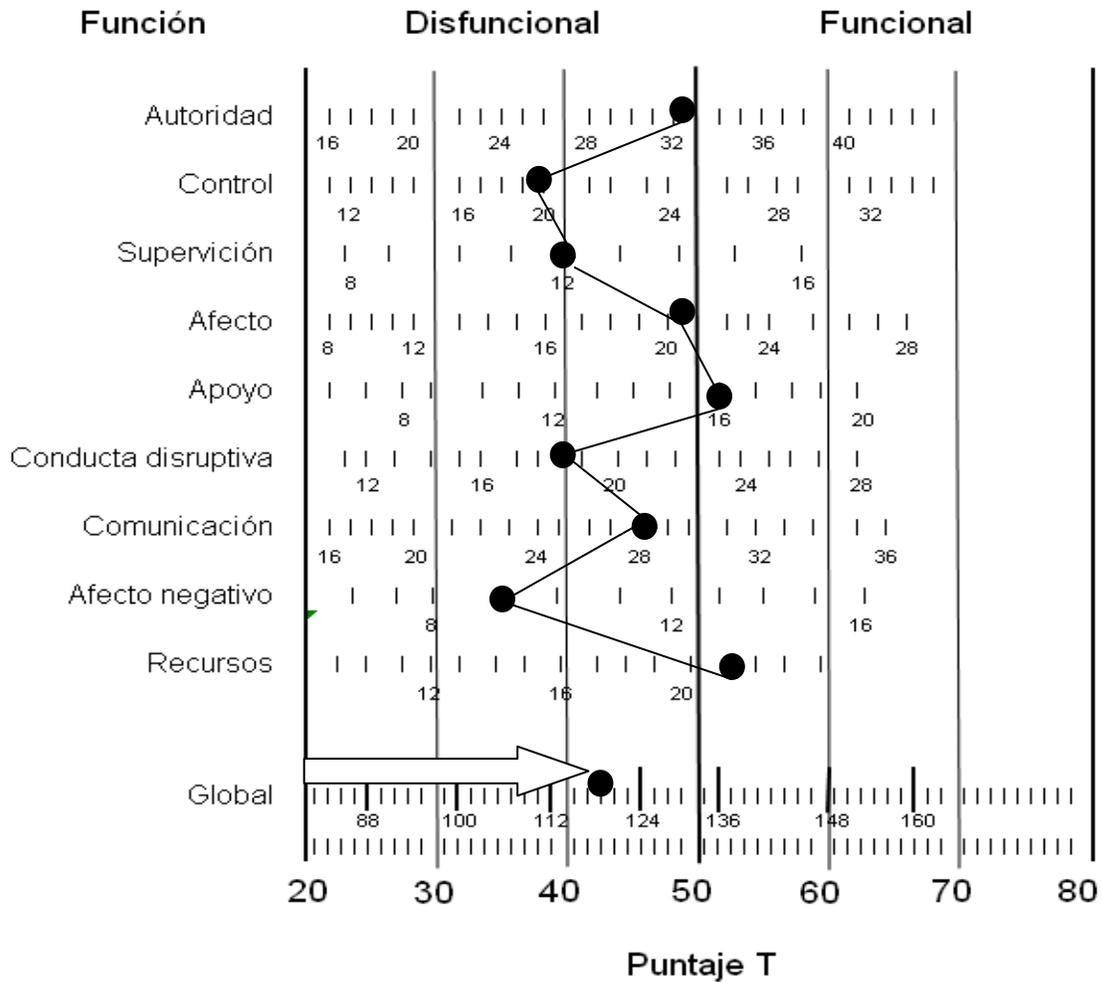
Número De miembros Adultos: 2

Adolescentes 1 niños 1

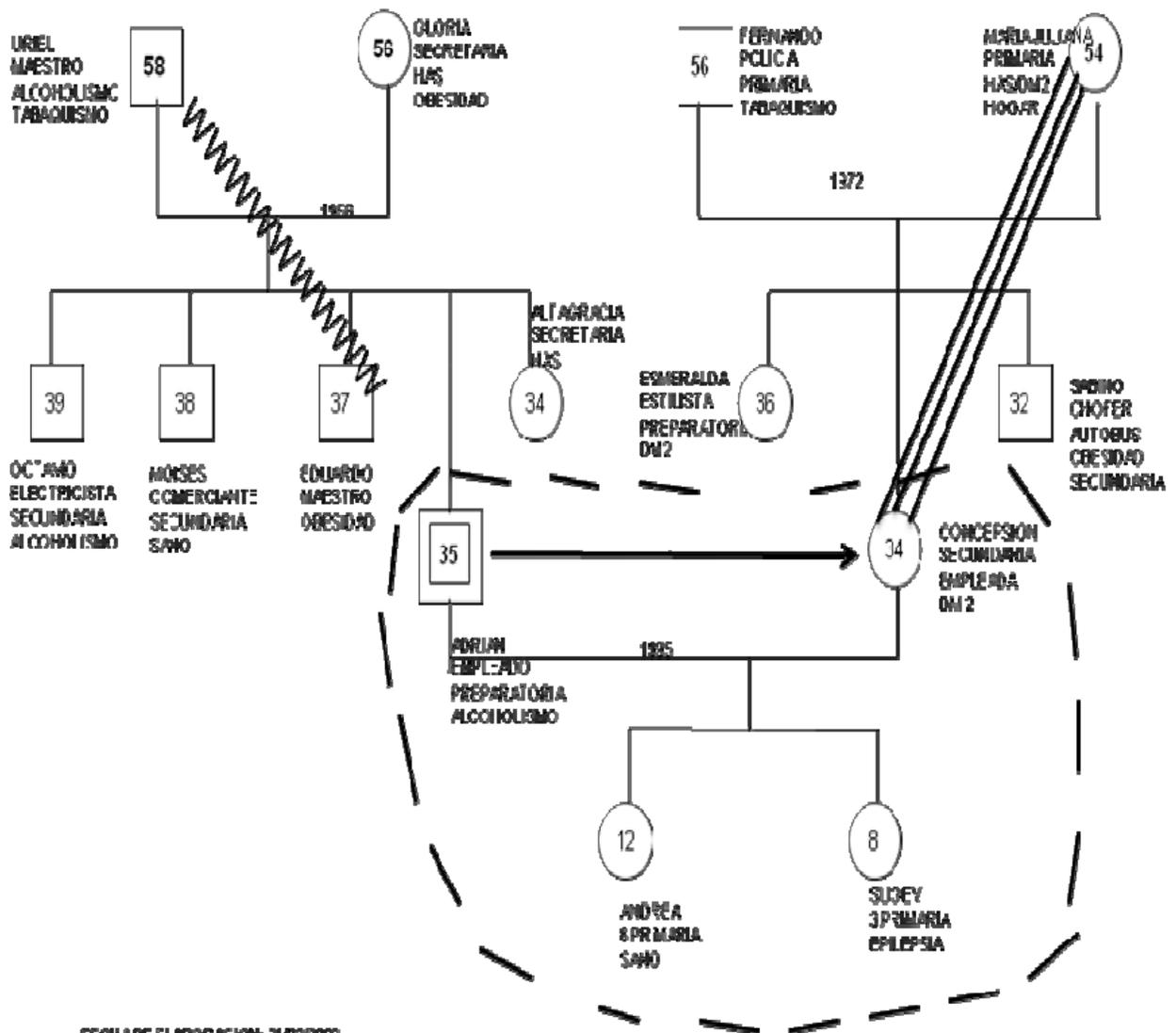
Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna

Paciente Identificado: Adrian

PUNTAJE GLOBAL 118



GENOGRAMA 28
FAMILIA 8-B

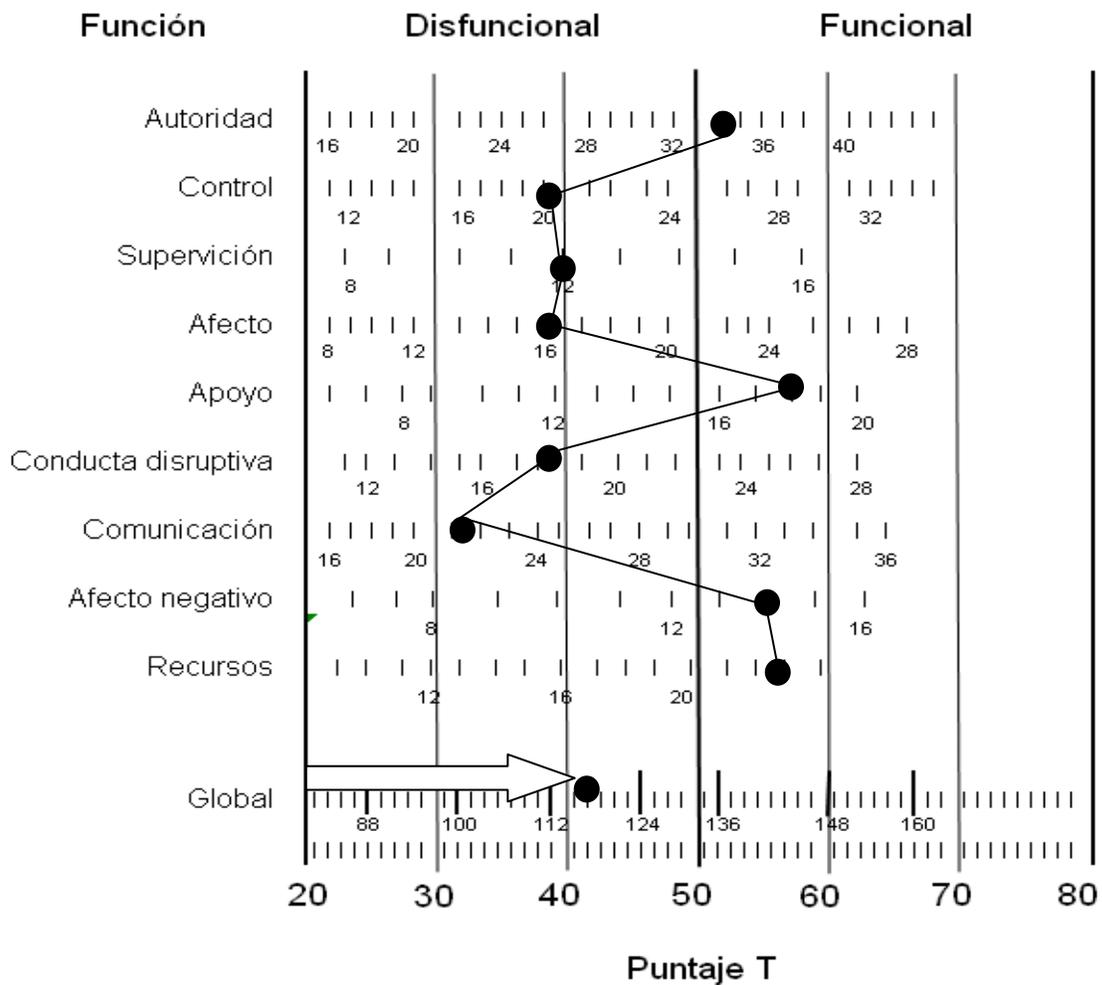


FECHA DE ELABORACION: 21/09/2009
AUTOR: DR. PEREZ GARDUÑO LUIS ALBERTO
R3MF

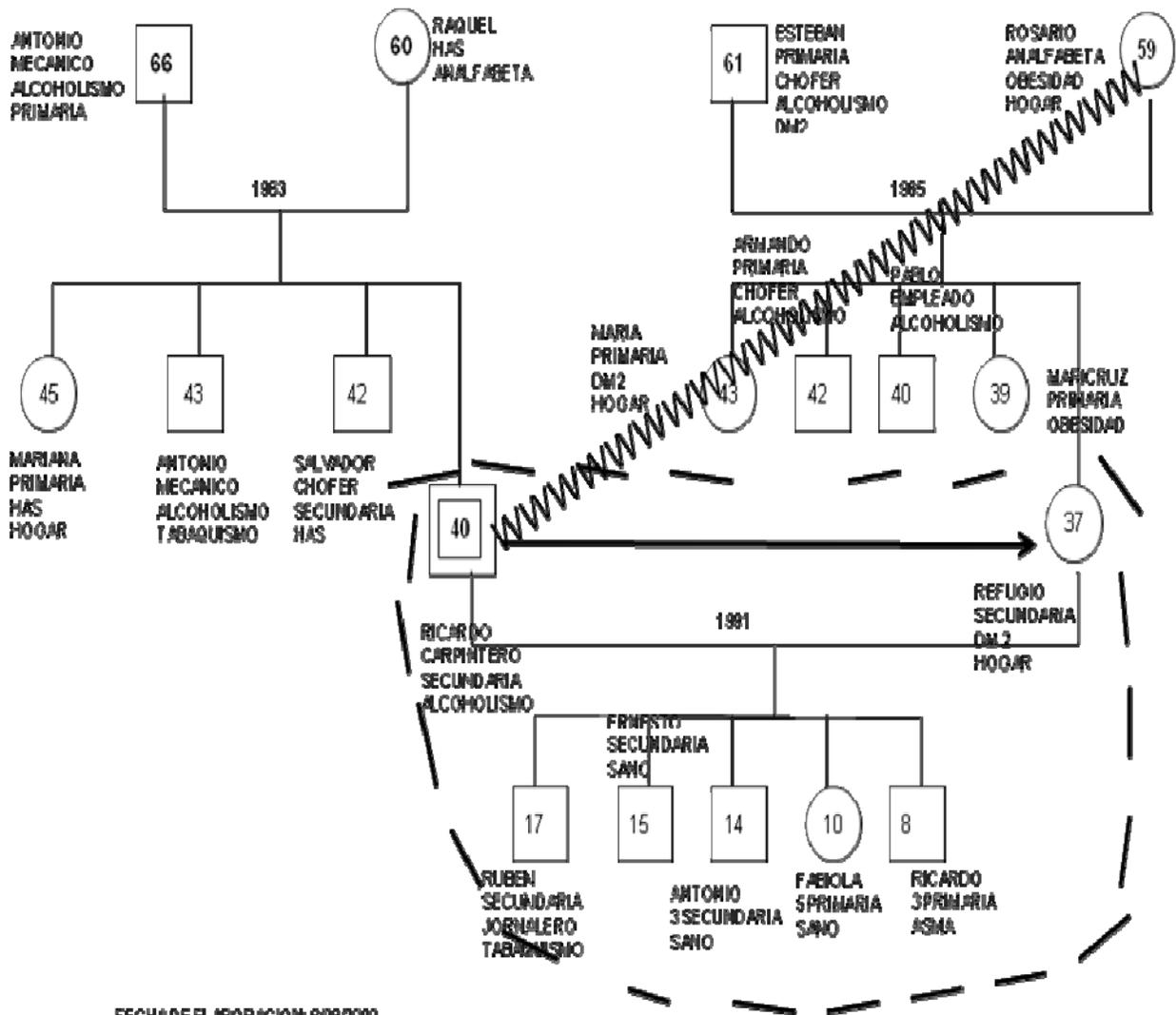
Perfil de funcionamiento familiar

N-29

Familia: G-L
 Fecha de aplicación: 6/08/09
 Tiempo de formada: 18 años
 Etapa de ciclo vital: Dispersión
 Nivel socioeconómico: medio-bajo
 Número De miembros Adultos: 2
 Adolescentes 3 niños 2
 Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna
 Paciente Identificado: Ricardo
 PUNTAJE GLOBAL 116



GENOGRAMA 29
FAMILIA G-L



FECHA DE ELABORACION: 08/08/2009
AUTOR: DR. PEREZ G. ARDUNO LUIS ALBERTO
R3MF

Perfil de funcionamiento familiar

N.-30

Familia: A-C

Fecha de aplicación: 21/08/09

Tiempo de formada: 20 años

Etapa de ciclo vital: Dispersión

Nivel socioeconómico: Medio

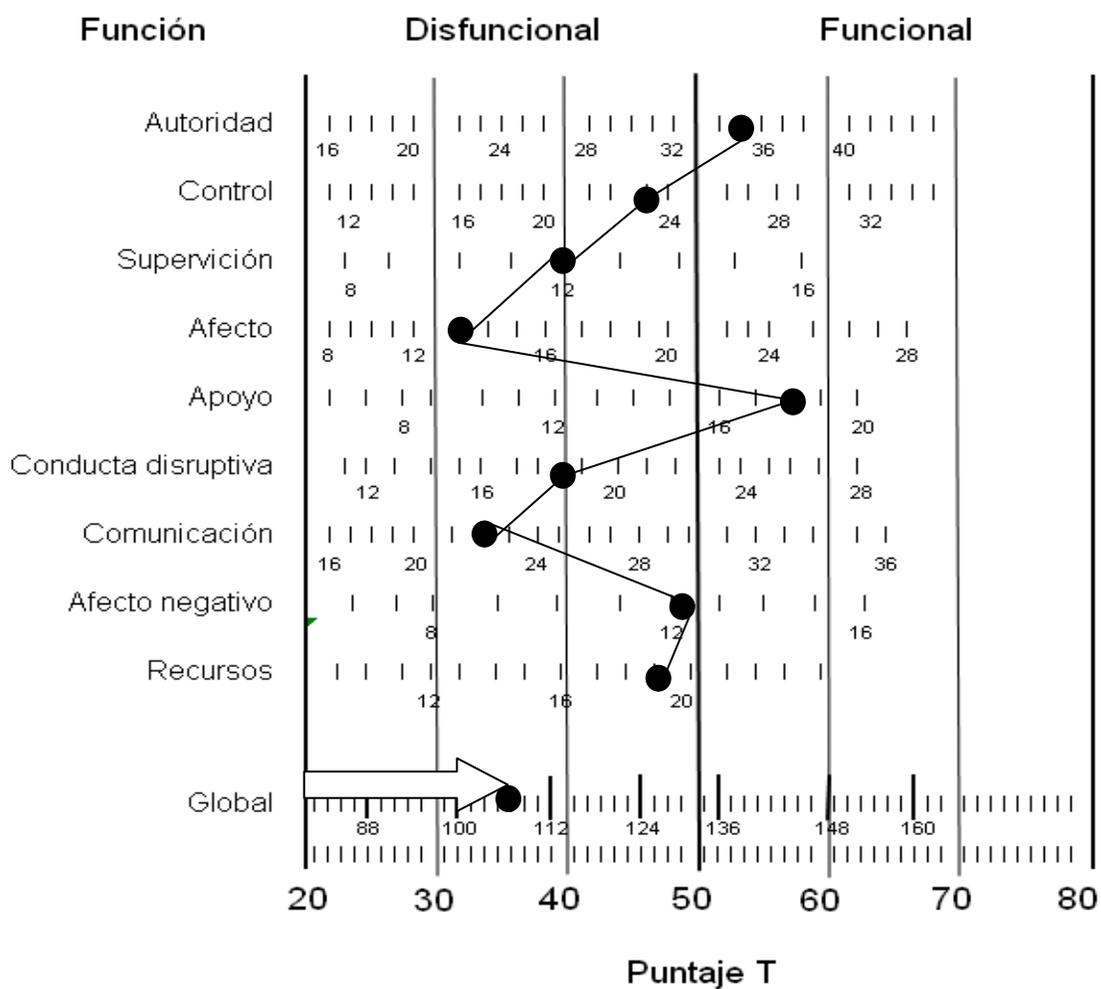
Número De miembros Adultos:

Adolescentes 3 niños 2

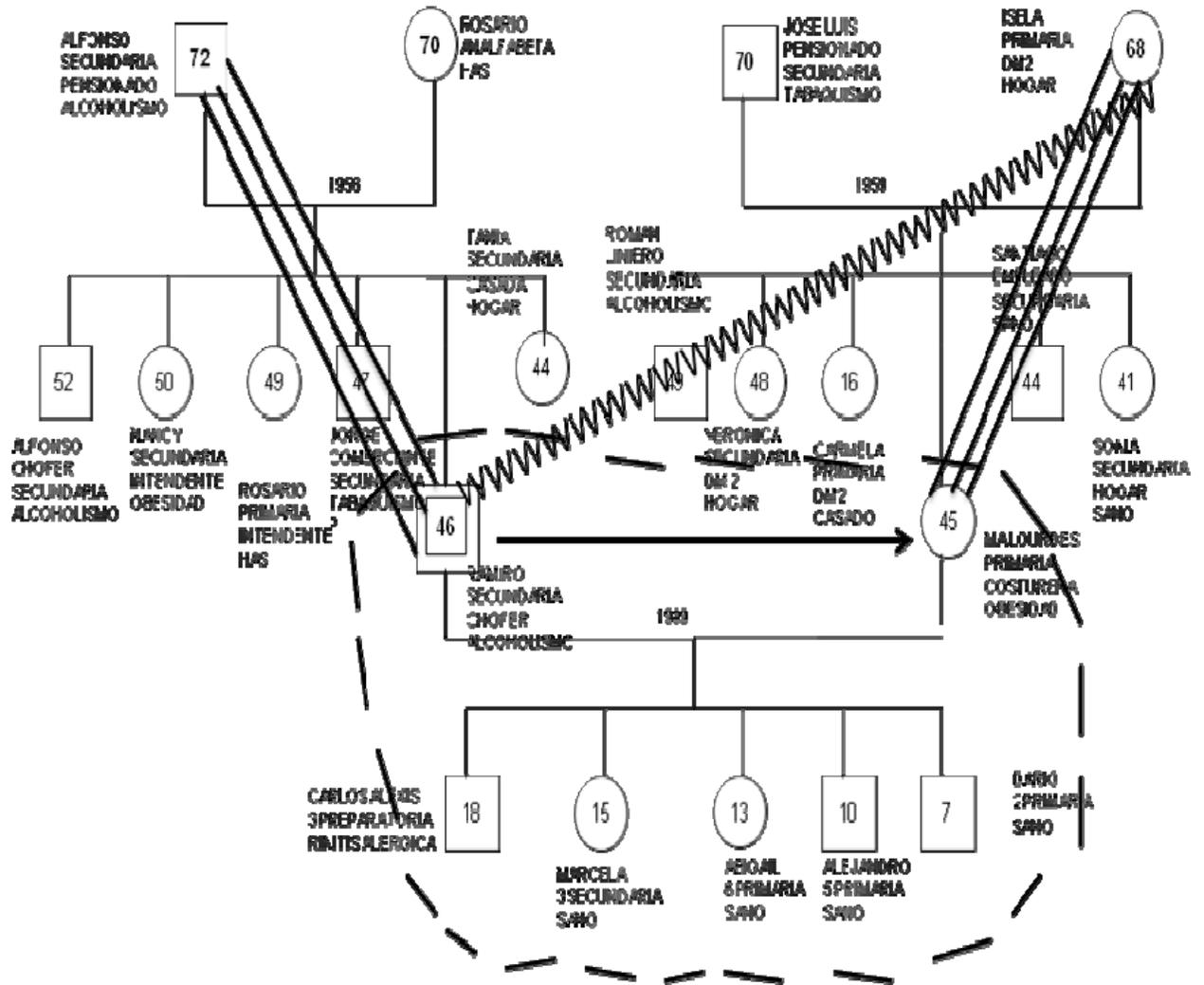
Tipo de familia: Familia nuclear urbana moderna

Paciente Identificado: Ramiro

PUNTAJE GLOBAL 108



GENOGRAMA 30
FAMILIA A-C



FECHA DE ELABORACION: 21/08/2008
AUTOR: DR. PEREZ GORDUÑO LUIS ALBERTO
R3MF

8.- DISCUSION.

Desde el punto de vista socio-demográfico las familias estudiadas en esta investigación no muestran datos relevantes y estadísticamente significativos en relación con la adicción alcohólica de quien desempeña el rol de padre.

Existe una relación estrecha entre los patrones conductuales de consumo valorados por el Test de AUDIT y el diagnóstico de alcoholismo realizado a través de la prueba de Michigan. Evidentemente hay una correlación positiva entre ambos factores; aunque en nuestro caso el resultado es de $R^2 = 0.492$. Es probable que este valor se incremente con una muestra más grande.

Del análisis de los Genogramas y el perfil de funcionamiento, se puede concluir lo siguiente:

La totalidad de las familias estudiadas en cuanto a su composición familiar son nucleares, en ninguna se encontró trastorno del desarrollo por interrupción del matrimonio, o secundaria a divorcio, separación o muerte. Dentro de la constelación fraterna y por orden de nacimiento del paciente identificado, éste ocupa en promedio los lugares intermedios, predominando el cuarto lugar y el quinto de entre un total de 1 a 6 hermanos, en siete de las familias la esposa ocupa el lugar del primogénito, predominando su ubicación entre el cuarto y quinto lugar dentro de la constelación fraterna dato que predice problemas de relación conyugal en relación a lucha por el poder y jerarquía.

En cuanto al género el paciente identificado cuenta en promedio entre 1 a 5 hermanos de distinto género, datos que predicen experiencia significativa en las diferentes etapas de desarrollo, solo en la familia 10 el paciente desarrollo su infancia entre 4 hermanos varones, y la familia 16 el paciente identificado es hijo único varón entre tres mujeres lo que predice en estas dos últimas familias problemas de compatibilidad marital. Existe diferencia de edad entre hermanos entre 1 y 25 años, con un rango promedio de tres a cuatro años lo que habla de espacios intergenésicos largos, y vivencia del sus integrantes como hijos únicos con todo lo que esto implica. Sin otros factores que modifiquen el rol de la constelación fraterna.

En relación a las configuraciones familiares inusuales no existen en ninguna de las familias estudiadas antecedentes de separaciones o divorcios, tampoco preponderancia, de hombres o mujeres profesionistas, o con éxito relevante. Sin evidencia de matrimonios entre consanguíneos, solo destaca la reiteración en la elección de un tipo de ocupación, en este trabajo corresponde a la ocupación de empleados.

En cuanto a la adaptación al desarrollo del ciclo vital, la etapa de desarrollo que predomina es la de Dispersión en un total de 15 de las familias estudiadas, 7 en etapa de expansión, 5 en etapa intermedia entre Expansión y Dispersión y solo una familia en etapa de retiro. En general con adecuada transición del ciclo vital familiar. Resalta como suceso fuera de expectativas normativas en orden cronológico la presencia de enfermedad crónico degenerativa, en nueve de los casos para HAS y ocho con DM tipo2, agregada al alcoholismo y en dos casos Asma Bronquial. En cuatro familias duelo patológico en relación a muerte de

familiar cercano, en dos familias presencia de alcoholismo en la esposa, y solo en uno de los casos, la presencia de adolescente embarazada.

Se aprecia dentro de las pautas sintomáticas a través de generaciones en todas las familias estudiadas la presencia de alcoholismo por rama paterna. Dentro de las pautas vinculares, relaciones interpersonales afectivas del tipo dominantes en 16 de las familias, de dirección esposo-esposa. Predominando como crisis para normativas la presencia de HAS y Cardiopatía por rama paterna, seguida por la DM tipo2 y EPOC por rama Materna. Sin otras pautas de adaptación ó inadaptación, a ningún nivel.

Por otro lado, no existe en ninguno de los genogramas estudiados coincidencia de los sucesos de la vida y del funcionamiento familiar. Solo en seis de las familias estudiadas el inicio del alcoholismo coincide con el nacimiento del primogénito en padres adolescentes, la muerte materna del paciente identificado y en dos casos en relación a muerte paterna. Y solo en uno de los casos relacionado con el nacimiento del último hijo. En el genograma se registra como eventos críticos en la historia familiar, la muerte por accidente automovilístico de hermano menor. Nacimiento del último hijo, el que se connota como no deseado. .y por ultimo destaca como evento critico el momento del diagnostico de enfermedades de tipo crónico degenerativas en un familiar cercano; el matrimonio de un hermano y por ultimo el diagnostico de enfermedad en los hijos

El grado de escolaridad predominante en los pacientes identificados es de nivel de secundaria, cursando en general sin problemas escolares. Con adecuada adaptación al impacto de los cambios, transiciones y traumas. Sin aparentes reacciones de aniversario en relación a las pérdidas,

En cuanto a los puntos tóxicos de riesgo de reiteración de pautas de relación intergeneracionales destaca la relación conyugal dominante –conflictiva en 17 de las familias estudiadas, la familia 11 y 16 con este mismo estilo de interacción conyugal pero en sentido inverso de dirección esposa- esposo. Las once restantes presentan como estilo de interacción conyugal el tipo dominante.

Predominan las pautas vinculares de relaciones conflictivas y dominantes, entre los cónyuges, lo que denota disfunción en éste subsistema. En el subsistema paterno filial predominan las relaciones estrechas entre la suegra del paciente identificado y la esposa del paciente (alianza), así como el paciente identificado y su hermano mayor; en el subsistema fraterno prevalecen relaciones estrechas entre la madre y la hija del paciente identificado.

Relaciones conflictivas entre el paciente identificado con los hijos, cuñado y suegra. Llamando la atención la ausencia en el trazo del genograma de relaciones distantes.

En general como resultado del análisis de los genogramas, predomina el desequilibrio, la disfuncionalidad familiar con roles en el subsistemas conyugal del tipo no complementarios, prevalecen las relaciones conflictivas-dominantes. A pesar de contar como recurso el hecho de vivir juntos, sin separaciones o divorcios, destaca la presencia de alianzas madre- hija a favor de la funcionalidad familiar. El aporte económico familiar se fortalece con el trabajo remunerado de las esposas. Son familias pequeñas con baja ausencia laboral, destacando además el hecho de que solo en dos de los casos el alcoholismo es severo.

Los resultados del perfil de funcionamiento familiar obtenidos de la aplicación de la E.F.F. se describen de la manera siguiente:

El factor Autoridad nos muestra un puntaje global máximo de 35 y un mínimo de 25 que corresponden a un nivel de funcionalidad limítrofe y disfunción moderada respectivamente.

En el factor control un puntaje máximo de 27 que corresponde a funcionalidad limítrofe y un mínimo de 13 que traduce disfunción severa

El factor supervisión con un puntaje máximo de 16 que corresponde a funcionalidad y mínimo de 9 que corresponde a disfunción severa.

En relación al factor Afecto el puntaje máximo fue de 26 que corresponde a funcionalidad y mínimo 12 de que corresponde a disfunción severa

En el factor Apoyo un puntaje máximo de 24 que corresponde a funcionalidad y un mínimo de 12 que corresponde a disfunción moderada

En el factor conducta disruptiva un puntaje máximo de 28 que corresponde a funcionalidad y un mínimo de 10 en relación a disfunción severa

En el factor Comunicación un puntaje máximo 34 que corresponde a funcionalidad y un mínimo 18 que corresponde a disfunción severa

En el factor Afecto negativo con puntaje máximo de 15 que corresponde a funcionalidad y un mínimo de 9 que corresponde a disfunción moderada

En el factor recurso un máximo 24 que corresponde a funcional y mínimo de 16 que corresponde a disfunción moderada

Con un puntaje global total máximo de 135 que corresponde a funcionalidad limítrofe y un mínimo de 101 que corresponde a disfunción moderada.

De los datos anteriores se concluye la prevalencia de disfuncionalidad familiar. Destacando la presencia de funcionalidad limítrofe solo en dos factores, el de Autoridad y el de control. El puntaje promedio global corresponde a disfunción.

9.- CONCLUSIONES

El alcoholismo sigue siendo un problema de salud pública con altas tasas de incidencia y prevalencia. Este problema de salud se encuentra asociado a condicionantes socioeconómico y característico de personalidad de los pacientes susceptibles.

El alcoholismo tiene importantes vínculos con la estructura y la dinámica familiar. Para comprender mejor los factores del funcionamiento que se asocian con la conducta alcohólica, el genograma constituye un buen instrumento.

La Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel Aco, es un instrumento confiable para medir el funcionamiento familiar de familias donde hay un integrante con diagnóstico de alcoholismo.

Sugerimos que los médicos familiares utilicen las pruebas de AUDI y de Michigan, instrumentos validados y de aplicación muy fácil. Estas pruebas pueden ser un excelente auxiliar en la entrevista clínica para detectar consumo de alcohol.

Sugerimos que en los casos de familias con alcoholismo, los médicos familiares utilicen estos instrumentos para conformar un diagnóstico integral y con base en ello planear la intervención terapéutica.

10.- BIBLIOGRAFÍA

¹ McPheee SJ, Papadakis MA, Tierney LM. Diagnostico clínico y tratamiento. Mc Graw-Hill interamericana, México, 2007; pag: 1108-1109

² Asociación de Ex Alcohólicos Españoles. ¿Qué dice la O.M.S sobre el alcoholismo? En: <http://www.alcoholifilia.org.mx/preview/mmwrhtml/00048303.htm>
(fecha de acceso 14 de marzo de 2009)

³ World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Abuse. Global Status Report on Alcohol 2004. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf (fecha de acceso 19 de marzo de 2009)

⁴ Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. ,Encuesta Nacional de Adicciones 2002, México, 2002 (fecha de acceso 28 de marzo de 2009 disponible en http://www.conadic.gob.mx/interior7menu_superior/investigacion_y_estadística/enc_nal-adicciones.2002.html INEGI

⁵ Rehm J, Gmel G, editores. Alcohol per capita consumption, patterns of drinking and abstention worldwide after 1995. Appendix 2. European Addiction Research, 2001, 7(3):155-157.

⁶ Arif GEA, Hodgson R. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. Bulletin of the World Health Organization 1981; 59: 225-242.

⁷ World Health Organization. Mental and Behavioural Disorder due to Psychoactive Substance Use. International Classification of disease (10th revision). Geneva 1992, páginas: 320-324

⁸ Diccionario de Medicina Mosby. Alcoholismo. Editorial Océano, Barcelona 2005; página: 38

⁹ Sánchez M. Concepto de alcoholismo como enfermedad; historia y actualización. Revista Médica Universidad Veracruzana 2007; 7(1): 27-38.

¹⁰ Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. National Institute of Mental Health. JAMA. 1990 (21); 264 (19):2511-8.

¹¹ Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. Adicciones 2002 14. Supl. 1: 43-61

¹² Schuckit A. alcoholismo y farmacodependencia. Harrison: principios de Medicina Interna. 13ª ed. Interamericana- McGraw-Hill 1994, p: 2793-2797

¹³ Brunton LL, Laso JS, Parker KL. Goodman and Gilman: Bases farmacológicas de la Terapéutica. Mc Graw Hill 11ª ed. México 2007 p: 238-240.

¹⁴ Ablon J. Al-Anon family groups: Impetus for learning and change through the presentation of alternatives. American Journal of Psychotherapy 1974; 28(1): 30-45.

¹⁵ Anonymusone. Doce pasos y doce tradiciones.

<http://www.anonymousone.com/main.ht> (fecha de consulta 5 de octubre 2009)

¹⁶ Berckow R. El manual Merck. Editorial Merck Sharp and Dohemen Research. 11^a ed. México 2009 p: 1640.

¹⁷ Kaplan H, Sadock B. Compendio de Psiquiatría. Salvat editores, México 1994, p: 429-430

¹⁸ Quinto coloquio Nacional y tercero Internacional de Profesores de Medicina Familiar. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. Consenso Académico en Medicina Familiar: Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam* 2005; 7 (1). Supl. 1

¹⁹ Bertalanffy, Von L. Teoría General de Sistemas. FCE, México (1995).

²⁰ Jackson D. Comunicación, familia y matrimonio. Nueva Imagen, Buenos Aires 1984

²¹ Steinglass P. La familia alcohólica Gedisa editores, Barcelona 2001

²² Bowen M. De la familia al individuo. Herder 1991; Pags 61 y 90

²³ Erikson EH. Identity and life cycle: "selected papers" en *Psychological Issues*. Monograph N°1, 1959

²⁴ Reiss D. The family's construction of reality. Harvard University Press, 1981.

²⁵ Reiss D. Op Cit p 121

²⁶ Fisher G. (2006) Personalitut Charasteristics of adult children of alcoholics, other adults from Disfuntional Families, and Adults from Nondysfuntional Families. *The International Journal of Addictions* 200, 28 (5); 447-448

²⁷ Steinglass LA et-al.op.cit pag: 90

-
- ²⁸ Whitaker C. 1992. Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar. Paidós, Barcelona 1992; pag: 14
- ²⁹ Steinglass LA et-al op cit.
- ³⁰ Steinglass LA et-al. op cit.
- ³¹ Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Gedisa editores, Barcelona 1994 pag: 89
- ³² Boszormenyi-Nagy I, y Spark G. Terapia familiar sistémica y lealtades invisibles. Amorrortu editores, Buenos Aires 2004; pag: 14
- ³³ Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G op cit, pag:1,3,7
- ³⁴ Ochoa I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Herder, Barcelona 1995; p: 61 y 90
- ³⁵ Stierlin H. 1995) Terapia de Familia, la primera entrevista, Gedisa editores, Barcelona 1995; p: 47.
- ³⁶ Framo J. Familia de origen y Psicoterapia. Paidós, Barcelona 1996; p:129 y 146
- ³⁷ Minuchin S. Familias y Terapia familiar Gedisa editores, Barcelona 1994; p: 90
- ³⁸ Steinglass P.op cit p: 16
- ³⁹ Satir V. Psicoterapia Familiar conjunta. La prensa Médica Mexicana, México. 1980
- ⁴⁰ Steinglass P. op.cit, p: 243
- ⁴¹ Steinglass P. op Cit; p: 293
- ⁴² Morales-García JI, Fernández-Gárate I, Tudón-Garcés H, Escobedo-de la Peña J, Zárate-Aguilar A, Madrazo-Navarro M. Prevalencia de consumo

riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud pública Méx 2002, (44) 2: 113-121.

⁴³ Harford TC. Family history of alcoholism in the United States: Prevalence and demographic characteristics. Br J Addiction 1992;87:931-935.

⁴⁴ Oropeza A (Coordinación editorial). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Instituto Nacional de Salud Pública, México 2009

⁴⁵ Barragán T, González V. Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en la población mexicana. Salud Mental 2005; (28) 1: 61-71.

⁴⁶ Espejel AE. Manual Para la Escala de funcionamiento familiar. Instituto de la Familia, México 2008.

⁴⁷ Mc Goldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Gedisa editores, Barcelona 1996.

⁴⁸ Jenkins H. Valoración del alcoholismo. Manual de Psiquiatría. Ediciones Harcourt, México 2001; p: 22

⁴⁹ Declaración de Helsinki: Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. <http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.ht> (5 de octubre 2009)

⁵⁰ Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial. Disponible en <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm> (5 de octubre 2009)

⁵¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Código de Bioética para el personal de salud. México 2002. Disponible en:
<http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm> (5 de octubre 2009)

11. ANEXOS

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1.- ¿Hay algún o algunos de los miembros de su familia considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2.- ¿Quién organiza la alimentación en la familia? (Ir al mercado, escoger los menús, etc)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3.- En su familia, ¿Hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas o tomadas en cuenta ?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4.- Si se reúne la familia para ver televisión, ¿Quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5.- ¿Quién o quiénes de la familia tiene más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6.- ¿Quién o quiénes de la familia interviene cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7.- En los problemas de los hijos ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8.- ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9.- Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10.- Si uno de los padres castiga a los hijos, ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores
 Cuando la respuesta involucra a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- Cuando hay invitados en la casa, ¿a quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No se avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

12.- ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13.- Si cada quién tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie sustituye
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14.- En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15.- Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién?

PIDE PERMISO

	¿	A	Q	U	I	E	N	?
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie sustituye	
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Nadie pide permiso

Funcionalidad

16.- Cuando alguien comete una falta, ¿quién y como castiga?

¿Quién castiga?

Padre
Madre
Hijos
Hijas
Otro familiar
Otro no familiar

	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

17.- Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿a quién pide ayuda?

PIDE AYUDA

	¿	A	Q	U	I	E	N	?
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie	
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Nadie ayuda a nadie

Funcionalidad

19.- ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie acostumbra salir

Funcionalidad

20.- En esta familia. ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie protege a nadie

Funcionalidad

21.- Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

¿Quién conversa?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie conversa en la familia

Funcionalidad

22.- Si consideran que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23.- ¿ Quiénes tienen mejor disposición para escuchar ?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad Funcionalidad

24.- Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?

Subsistema parental
Subsistema hijos
Otro familiar
Otro no familiar

	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos en la familia Funcionalidad

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27.- Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28.- Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29.- ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31.- En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32.- ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33.- ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?
 ¿ Quién se abraza ?

	C	O	N	Q	U	I	E	N
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar		Nadie
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Nadie se abraza en la familia

Funcionalidad

34.- Cuando se enojan en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?
 ¿ Quién se enoja ?

	C	O	N	Q	U	I	E	N	E	S
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar		Nadie		
Padre										
Madre										
Hijos										
Hijas										
Otro familiar										
Otro no familiar										

Nadie se enoja en la familia

Funcionalidad

35.- Ha habido peleas con golpes en la familia, ¿quién con quién o quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se ha golpeado en la familia

Funcionalidad

38.- Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policia, jefes, maestros,etcétera)
¿Quién los ha tenido?

	Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

39.- ¿ Quién ha presentado algún problema emocional ?

	Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

40.- ¿Quién de la familia se aísla?

	Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados

Frecuencia			
Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca

36.- ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

37.- ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

ANEXO 2 .ESCALA DE MICHIGAN PARA ALCOHOLISMO (MAST)

1.- Se siente usted un bebedor de trago normal	Si (0)	No (2)
2.- piensan sus amigos o parientes que usted es un bebedor de trago normal?	Si (0)	No (2)
3.- Ha asistido usted alguna vez a una reunión de alcohólicos anónimos?	Si (5)	No (0)
4.- Ha perdido usted alguna vez amigos o relaciones intimas debido a la bebida de alcohol?	Si (2)	No (0)
5.- Se ha metido usted alguna vez en problemas en el trabajo debido a la bebida de alcohol?	Si (2)	No (0)
6.- Ha descuidado usted alguna vez sus obligaciones, su familia o su trabajo durante dos o mas días consecutivos porque estaba bebiendo trago?	Si (2)	No (0)
7.- Ha tenido usted alguna vez delirium tremens o tembladera severa, ha oido voces o visto cosas que no existían, después de haber bebido bastante?	Si (2)	No (0)
8.- Ha acudido usted a alguien alguna vez para recibir ayuda para dejar de tomar?	Si (5)	No (0)
9.- Ha estado usted en algún hospital debido a la bebida?	Si (5)	No (0)
10.- Ha sido usted arrestado alguna vez por conducir bajo la influencia del alcohol o por conducir después de haber bebido alcohol?	Si (2)	No (0)

ANEXO 3

.VERSIÓN CASTELLANA TEST DE AUDIT.

1. Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) nunca (1) Una o menos veces al mes (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 3 veces a la semana (4) 4 o mas veces a la semana

2. Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un dia de consumo normal?

(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o mas

3. Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcohólicas en un solo dia?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

4. Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

5. Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

6. Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido

mucho el dia anterior?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

7. Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

8. Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) a diario o casi a diario

9. Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?(0) no (2) sí, pero no en el curso del último año (4) sí, el último año

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Ciudad Hidalgo Michoacán,

Fecha _____ Núm. _____

Nombre _____

De _____ años de edad. Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, y con domicilio en:

Acepto en forma voluntaria y sin tener presiones de ninguna índole por parte de persona alguna o institución, para participar en el proyecto de investigación titulado:

“ALCOHOLISMO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR”

El cual se encuentra registrado ante el Comité de Investigación de la Zona Morelia

Fecha _____

Uno de los objetivos de éste estudio es determinar los efectos del alcoholismo en la dinámica familiar.

Se me ha explicado que mi participación consiste en resolver unos cuestionarios para valorar el funcionamiento familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los cuestionarios y quedando el investigador comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que tengamos al respecto.

Se me informó que conservo el Derecho de retirarme del estudio el cualquier momento que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. Además se me ha dado la seguridad de que el estudio es completamente anónimo y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familia serán manejados completamente en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

testigo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602

FECHA **08/12/2009**

Estimado Octavio Carranza Bucio

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

Alcoholismo y funcionamiento familiar

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1602-17

Atentamente

Dr(a). Mario Alberto Martínez Lemus

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1602

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL