

**Alcoholismo, género y emociones:
¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime?
Patrones relacionales en la familia del hombre
alcohólico en comparación con los de la mujer
depresiva.**

Supervisor: Jose Soriano
Layla Abdó
Eugenia Castejón
Anna Fábregas
Xisca Jiménez
Gisela Mora
Carolina Rodríguez

Escuela de Terapia Familiar
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Universidad Autónoma de Barcelona
Junio 2004

ÍNDICE

1. Introducción	pág.3
1.1. ¿Los Hombres no se deprimen?.....	6
1.2. El alcoholismo en la historia.....	13
1.3. Definición y criterios diagnósticos del alcoholismo y la depresión.....	22
1.4. Datos del alcoholismo en España.....	34
1.5. Alcoholismo y depresión: reflexión sobre la cuestión de género.....	37
1.5.1. Diferenciación de género.....	40
1.5.2. Género y aprendizaje emocional.....	45
1.6. El alcohol y la familia: tratamiento.....	49
1.6.1. El concepto de la familia alcoholica.....	49
1.6.2. Tratando el alcoholismo desde la perspectiva sistémica.....	57
1.7. Investigaciones recientes sobre el tratamiento del alcoholismo en terapia familiar.....	66
2. Objetivos.....	76
3. Hipótesis.....	77
4. Metodología.....	78
4.1. Procedimientos.....	79
4.2. Instrumentos utilizados.....	80
4.3. Tipo de muestra.....	81
5. Resultados.....	82
6. Discusión.....	88
7. Bibliografía.....	94
8. Anexos	
8.1. Carta presentación del proyecto de investigación	
8.2. Consentimiento encuestados	
8.3. Cuestionario	
8.4. Familia Ruiz: sesión nº 1	
8.5. Familia Ruiz: sesión nº 2	
8.6. Familia Ruiz: sesión nº 3	
8.7. Familia Ruiz: protocolo de recogida de datos	
8.8. Familia Ruiz: informe / devolución	
8.9. Esquema de niveles afectivos.	

1. INTRODUCCIÓN

Cuando el pasado curso nos comentaron que teníamos que iniciar el trabajo de investigación para el Master, a un grupo de alumnas decidimos integrarnos en el trabajo que versaba sobre alcoholismo y depresión ya que desde los diferentes temas propuestos todas coincidimos, tras leer el libro “Tras la honorable fachada” de nuestros profesores Dr.Linares y Dra. Campo, que sería interesante hacer una pequeña aportación sobre que pasa con el alcohol y la familia.

Además de ser alumnas de la escuela de Terapia Familiar y de toda la influencia recibida que se prolonga desde hace cuatro años y que ha incidido en nuestra visión sobre alcohol y familia, no hemos de obviar que las integrantes de este trabajo, somos profesionales con la misma formación académica, excepto una de nosotras que es abogada.

Las que somos psicólogas estamos trabajando en diferentes áreas. Así por ejemplo; se trabaja en la privada, en centros de mujeres maltratadas, en una asociación de alcohólicos rehabilitados, en un EAIA y la compañera abogada trabaja en derecho de familia en general y su derivación penal. Todo ello hace que a parte de la visión teórica que podemos haber adquirido, durante los años de formación, lo vivido en nuestra profesión ha tenido un considerable peso sobre la investigación, ya que hemos podido unir teoría con principio de realidad. Esta circunstancia sin duda ha hecho este trabajo diferente a cualquier trabajo teórico realizado en los años académicos en la Universidad, en los que tal vez todo era pura entelequia y teoría. Esta circunstancia también ha provocado entre nosotras a la hora de trabajar, interesantes y apasionados debates en nuestras reuniones, regadas con café, té y alguna que otra pasta, sobre el alcoholismo, las diferencias de género, el papel de la familia, la respuesta de las instituciones, la incidencia sobre los hijos, la relación de la pareja, a veces la destrucción de la pareja, el divorcio, e incluso los accidentes de tráfico, la salud y así las cuestiones han surgido con preguntas en torno a:

- ◆ ¿ La mujer tiende a deprimirse mientras el hombre en lugar de deprimirse tiende a beber?
- ◆ ¿ Es en realidad un hombre alcohólico un hombre deprimido?
- ◆ ¿Es la mujer del alcohólico una deprimida?.
- ◆ ¿Serán los hijos de los alcohólicos futuros alcohólicos?
- ◆ ¿Es el alcohol un ritual en el seno de muchas familias?
- ◆ ¿Es la ingesta de alcohol un comportamiento social más o menos aceptado?
- ◆ ¿Cómo se organiza una familia alcohólica?
- ◆ ¿Deberá integrarse la familia en el tratamiento del alcohólico?
- ◆ ¿Qué incidencia tiene el consumo de alcohol abusivo en las crisis de pareja?
- ◆ ¿Qué sucede con el mundo laboral de un alcohólico?
- ◆ ¿Por qué deja de beber un alcohólico?

Siempre en nuestra sociedad se ha relacionado más a la mujer con la depresión y al hombre con el alcohol. También es un hecho que la mujer hasta ahora ha tenido una ingesta de alcohol más *discreta* y en el hombre el hecho de beber en público ha sido mejor aceptado. Esta circunstancia con la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, esta cambiando, como tantas otras cosas. Así lamentablemente esta equiparación al mundo masculino, por parte de la mujer, tiene mucha luz, pero también una pequeña zona de sombra: como es ahora nosotras fumamos cada vez más, en una

cena de trabajo nos podemos tomar dos o tres copas y conducir nuestro propio coche de vuelta a casa. Con ello aumentamos nuestro riesgo de tener cáncer de pulmón, hacer una cirrosis a más o menos largo plazo, y a corto plazo incurrir en un delito por conducción alcohólica o lo que es peor: tener un accidente.

En nuestra sociedad al hombre tampoco se le ha permitido hasta ahora expresar sus sentimientos y tal vez por esta circunstancia ha tenido una tendencia *“a ahogar sus penas en el alcohol”*.

Toda esta lluvia de ideas que iban surgiendo desde el inicio de nuestras reuniones para organizarnos en nuestra investigación, nos ha llevado a la conclusión de que sería interesante abrir una vía que nos pudiera dar una idea de cómo están las cosas actualmente en el terreno del alcohol y la depresión en la familia. Así hemos buceado en Internet, leído Steinglass, Inso *kim Berg*, *Scott d. Miller*, pasando por el DSM IV, por José Antonio de Marina... Hemos elaborado unos cuestionarios con el fin de extraer la máxima información posible del funcionamiento familiar de un alcohólico, los hemos pasado, analizado. Teniendo siempre en cuenta las limitaciones de todo tipo que se suelen dar en una investigación de estas características, ya que vienen acotadas, por factor tiempo y recursos.

1.1.¿Los hombres no se deprimen?

No sólo los hombres no deben llorar, tampoco deben deprimirse, según las presiones de nuestra sociedad. Pero, como bien sabemos, los hombres también lloran y se deprimen. Es cierto que las mujeres reconocen más fácilmente sus sentimientos y pueden definir con mayor claridad un cuadro depresivo. Sin embargo, eso no significa que los hombres no se depriman también.

En la práctica profesional el varón suele acudir por un cuadro de depresión aunque no la describa así, ni tan si quiera la puede definir como tristeza. Por lo general manifiesta su depresión a través de la rabia, irritabilidad y coraje. Pueden mostrar su descontento con impaciencia o quejándose de cuanto cosa les moleste. Algunos prefieren aislarse frente al televisor, donde nadie pueda hablarles o identificar lo que les pasa.

Por otro lado, los hombres no recurren a la ayuda profesional con la asiduidad con que lo hacen las mujeres. Lo habitual es que la mujer acuda al profesional, a explicarle que se siente mal, que no tiene deseos de levantarse de la cama, de comer o arreglarse. Así, resulta que, por nuestra experiencia profesional, podría ser el doble el número de mujeres que recurre a la ayuda, registrándose un índice de depresión mucho mayor entre ellas.

Uno de los problemas que afectan al hombre en la búsqueda de ayuda profesional es que la depresión fue siempre considerada cuestión de mujeres. Según la concepción popular, las mujeres son las que lloran, las que sufren y las que se preocupan.

Los hombres, normalmente están más educados para la acción y resolución de conflictos, no se permiten manifestar las emociones. Tratan de encontrar la solución. Y si no la encuentran, esconden el problema trabajando más horas, haciendo deporte, entreteniéndose con otras actividades o distrayéndose en algo que no tiene relación con la problemática. Algunos recurren al alcohol u

otras drogas que le permiten anestesiar los sentimientos momentáneamente, sólo para encontrarse luego con los mismos problemas, pero con más complicaciones. Todo esto viene marcado por la educación recibida desde la primera infancia y por lo que socialmente se espera del varón.

Lo dicho puede sonar a generalidad pero es una evidencia que en los últimos tiempos, puede estar cambiando tímidamente como tantas otras cuestiones. Así se habla en los medios de comunicación de un nuevo varón, en las sociedades avanzadas de nuestro entorno y sobre todo en las grandes urbes, un hombre “Heterogay”, que es capaz de manifestar sus sentimientos, que puede incluso llorar, que se arregle y para el que incluso se han creado nuevas líneas cosméticas, que puede permitirse acunar a un hijo y en definitiva a actuar en áreas hasta hace poco consideradas femeninas. A este hombre menos blindado, le será más fácil solicitar ayuda profesional, y poder expresar todos sus sentimientos sin ningún tabú.

La base de nuestra investigación que se basa en una mujer más capaz de expresar sus sentimientos y en un hombre más acorazado, tal vez con el transcurso de los años deberá ser cuestionada, como tantas otras teorías, debido al progresivo acercamiento de actitudes que sé esta comenzando a dar entre hombres y mujeres.

Todo esto nos ha llevado a la conclusión de que siempre es interesante, abrir nuevas vías de investigación, para intentar comprender como intervenir de la manera más acertada y útil posible para paliar el sufrimiento de los alcohólicos y de sus familias. Para ello nos hemos basado en parte de la ingente literatura e investigaciones existentes sobre el tema como es de ver en la referencia bibliográfica que forma parte de este trabajo, y en la que en parte nos hemos basado.

Al hilo de hasta ahora expresado, José Antonio de Marina en su libro “ El laberinto sentimental” nos habla de que:

Martín Seligman, autor de una famosa teoría sobre la depresión, ha intentado explicar por qué las mujeres sufren el doble de depresiones que los hombres, Lo atribuye a la distinta manera que tienen de pensar en sus problemas. Los hombres tienden a actuar

mientras que las mujeres tienden a contemplar su depresión, volviendo sobre ella una y otra vez, intentando analizarla y determinar sus fuentes. Es lo que definen los psicólogos como rumiación. Se trata de un estilo de pensar, un hábito que se refuerza además con el ejercicio. Sólo cuando interpretemos las tendencias como un hábito mental que tiene la misma estabilidad, facilidad de respuesta y potencia que los hábitos musculares, comprenderemos lo que de verdad hay en la explicación cognitiva de las depresiones o de los sentimientos.

Seligman al estudiar las depresiones se dio cuenta de que el modo de interpretar los acontecimientos influía decisivamente en su aparición. Trabajó durante un tiempo con Beck descubridor de la terapia emocional cognitiva, que intenta cambiar la mirada que tienen los pacientes deprimidos para interpretar sus fracasos. Su tesis era que la manera de pensar sobre esos sucesos, agravaba o evitaba la depresión.

Hemos sido troquelados durante siglos por ideas sobre lo que tenemos que sentir, que nos han conducido a un callejón sin salida. Ahora somos incapaces de lo que es natural de lo que es aprendido. Ni siquiera sabemos si deberíamos ir a una identificación afectiva de los géneros o mantener ciertas deferencias sentimentales.

Es sorprendente lo poco que sabemos sobre la diferencia sexual de los sentimientos. Sabemos que las hormonas inducen estados psicológicos y también comportamientos. Sustancias químicas suscitan estados de ánimo en el ser humano. Es plausible que los distintos sistemas hormonales provoquen emociones distintas. También se está estudiando si anatómicamente hay diferencias entre el cerebro de un hombre y el de una mujer (investigaciones sobre el hemisferio derecho)

Nancy Chodorw, Jean Baker, y Carol Higman, sostienen que las mujeres conceden más importancia a las relaciones personales que los hombres. Desde la infancia los niños luchan por su independencia, definen su identidad separándose de la persona que los cuida. Las niñas en cambio se alegran por la interdependencia. Las mujeres tienen más empatía y demuestran más interés por los temas afectivos que los hombres. En todo esto puede haber un

aprendizaje muy precoz. David M. Boss ha estudiado los deseos en culturas distintas y encuentra una constante universal entre los deseos masculinos y los femeninos.

Así mismo Mercedes Oliveira en su libro “La educación sentimental” nos hace una referencia sobre las diferencias de género. Los niños presentan mayor actividad física y motriz, mayor agresividad física, menor sensibilidad al dolor, mayor firmeza en los propósitos y propensión a desentenderse de las exigencias paternas, por lo que sufren antes las presiones y prohibiciones sociales destinadas a doblegar, influir o sublimar sus impulsos agresivos. Esta presión va a tener como consecuencia un desarrollo de los controles internos del ego. A lo largo de un proceso lento y difícil, el niño va adquiriendo un sentido de mayor independencia afectiva.

Las niñas, en el aspecto emocional, tiene un concepto de sí mismas más ligado a la opinión que los demás tienen de ellas, y tienden a depender de los demás con vista a obtener su propia auto estimulación.

En la categoría instrumental las criaturas desean realizar cosas por sí mismas y cuando llegan a sus metas, refuerzan su independencia. Sin embargo en la categoría emocional, no está todo tan claro. Mientras en el niño se rechazan las relaciones afectuosas por considerarlas femeninas, en la niña la dependencia emocional se considera usual y aceptable.

Habría que ir haciendo un modelo de persona que trascienda los arquetipos de género a través de un concepto de “andrógina”. Las cualidades masculina y femenina no se excluyen necesariamente, lo que puede provocar la flexibilidad mental. El ser humano es, en cierta forma masculino y femenino, la educación silencia en nosotros aquella parte que no corresponde al modelo del sexo al que pertenecemos.

Proponemos este modelo psicológico de la “andrógina” porque nos parece que contempla a la persona desde una perspectiva integral y globalizadora. Defendemos el modelo entendido como la posibilidad que debe de tener todo

ser humano de poder manifestar un rico y extenso repertorio de sentimiento y conductas. Partimos de que toda conducta antes que sexual es ante todo humana, quizás las específicamente sexuales sean estrictamente biológicas. Y si, como indica Platón en el Banquete, los humanos éramos uno solo, y por ello, tan poderosos que los dioses decidieron dividirnos, en nuestra opinión el devenir histórico nos exige de nuevo esta unión.

Cuando se socializa al niño en la represión de sus sentimientos, se le une una afectividad opuesta a la de las niñas y se mutila su capacidad de comunicación, así como la posibilidad de entendimiento con el otro género. El niño pensará el amor como algo periférico en su vida, y la niña construirá una gran parte de su dependencia como una forma de vivir la afectividad que será el centro de su vida, aunque implique sufrimiento. Para evitar estos resultados, habrá que crear climas diferentes con una dinámica que favorezca la comunicación. Los hombres y las mujeres nos parecemos y como dice Fina Sanz, tenemos una base común y buscamos lo mismo, aunque por caminos distintos y sin saber muy bien qué hacer para encontrar nuestro equilibrio. La educación afectiva se debe centrar en la persona como un todo trabajando los sentimientos y las emociones, los deseos y los miedos, sin separar la mente del cuerpo y sacando a la luz los conflictos latentes que reproducen los conceptos preestablecidos sobre los sentimientos y el amor. Nuestra finalidad es cuestionar la educación sentimental tradicional, que forma a las personas para que sientan y actúen de acuerdo con lo que se espera de ellas, ya que consideramos que esto limita las posibilidades de un crecimiento emocional equilibrado.

La cultura femenina y la cultura masculina: diferentes valores.

Las mujeres y los hombres hemos vivido procesos de socialización muy diferentes, en los que hemos ido adquiriendo unas formas de pensar, de relacionarnos, de divertirnos, de sentir, de trabajar etc. , es decir: unas formas de estar en el mundo y de vivir, que, al estar determinados por diversos factores de socialización, han hecho que hoy en día hombres y mujeres tengamos experiencias histórico-culturales muy diferentes..

Así las mujeres han desarrollado la capacidad para afrontar la vida desde la afectividad, han potenciado la capacidad de dar y recibir afecto, la ternura en las relaciones, la comprensión y la empatía con otras personas. También es propio de la cultura femenina estimular la volubilidad y la flexibilidad ante los cambios que se producen en la realidad. Los hombres, a su vez, han desarrollado más la “agresividad”, como capacidad de defenderse a ellos mismos y a sus intereses; Debido al rol que se les ha asignado se han visto obligados a desarrollar la capacidad de decisión y actividad en el mundo público así como a ejercer en él su autoridad, lo que ha potenciado su inteligencia (por vía intelectual) y su avance en el conocimiento de la realidad y en el progreso técnico. También es propio de la cultura masculina el estímulo de la fuerza física. La represión de la afectividad es un trazo dominante que ha ido confirmando la carga negativa de la cultura masculina.

La consideración de lo femenino como una subcultura explica la baja autoestima, inseguridad y dependencia de lo masculino, que se observa en el colectivo de mujeres. El limitado grado de desarrollo humano de los hombres, que aunque han ganado el mundo social han perdido el privado, lo que acusan esta falta de autonomía, inmadurez afectiva, dependencia emocional y dificultades para expresarse.

Nicholson habla de las “Incapacidades Aprendidas” y de las consecuencias implícitas para el desarrollo de las niñas, pues termina repercutiendo en su propia confianza e independencia.

La **coeducación sentimental** consiste en partir del diagnóstico y análisis de las emociones y de los sentimientos de género e ir haciendo intervenciones conscientes hacia la expresión de las emociones y sentimientos, sin que estemos presionados por los estereotipos de género.

1.2. El alcoholismo en la historia

*EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA HISTORIA DE LA CULTURA OCCIDENTAL.
BREVE REFERENCIA A LA LITERATURA Y A LAS ARTES.*

“Hasta en el exceso existe una moderación”

Benjamín Disraeli

La utilización del alcohol como bebida es un tema de profunda raigambre en la historia de la humanidad. Se ha venido utilizando el alcohol como sustancia psicoactiva desde el paleolítico. En épocas antiguas el hombre se sintió atraído por la idea de su origen divino; en épocas más recientes atraído por sus efectos euforizantes.

Sustancias que contienen etanol se conocen desde tiempos remotos. Las primeras fermentaciones se produjeron al parecer de modo espontáneo cuando los grandes reptiles dominaban aún la Tierra. El conocimiento y utilización del alcohol como bebida surgió a partir de la aparición de la cerámica en los principios de neolítico, cuando el hombre se asentó, dejó de ser nómada y cazador y se empezó a organizar como agricultor.

Está demostrado que por lo menos 4.000 años antes de Cristo, egipcios, sumerios y chinos conocían el vino y la cerveza. Homero en la Iliada y en la Odisea hace referencias variadas al vino y a su consumo, así en la Odisea Ulises y sus compañeros embriagan a Polifemo como estrategia para escapar. Al parecer Grecia fue el primer país Occidental que adquirió conocimientos acerca del cultivo de la vid y la fabricación del vino, que como muchas otras cosas fueron posteriormente incorporado a la cultura romana. En las culturas antiguas el uso/consumo del alcohol tenía un carácter ritual, mágico-religioso. Así en Babilonia el consumo de cerveza se asociaba anualmente al cambio de estaciones y se relacionaba con la fecundidad de la Madre Tierra. Ciertos dioses menores que no cumplían lo que de ellos se esperaba por hallarse embriagados, se consideraron deidades negativas, calificativo este que se

podría interpretar como un primer indicio del consumo como uso no ritualizado y por lo tanto inadecuado.

Desde Noé a Truman Capote, existe una larga lista de bebedores famosos en la historia de la humanidad. Veamos:

En la antigua Persia Ciro y Artajerjes compitieron en capacidad de consumo alcohólico. Más al Oeste, Catón se enorgullecía de ser un gran bebedor; Sócrates no le iba a la zaga. Platón aconsejaba la bebida a partir de los dieciocho años, encontrándola muy útil en toda reunión de filósofos, ya que a su juicio la embriaguez proporcionaba una prueba fehaciente y clara de la naturaleza de cada cual.

Herodoto también fue un memorable alcohólico, sus borracheras siempre fueron importantes y en uno de sus delirios alcohólicos describe como vislumbró hombres sin cabeza y con el rostro colocado en medio del tórax. Alejandro Magno también era un bebedor considerable y según parece, llegó a cortar el nudo gordiano de un solo tajo de espada en una de sus importantes libaciones. En otra decidió que los artesanos le hicieran aparecer en las monedas dotado de un par de cuernos, como símbolo de sus atributos y al igual que había visto en la iconografía judía representar a Moisés.

Entre los griegos, el carácter sagrado del vino se identificaba con la figura de Dionisos y sus ritos en Roma dieron paso a Baco coronado con una parra y a las desafortunadas “bacanales” cuya fama ha llegado hasta nuestros días.

Aníbal atravesó los Alpes repartiendo entre la tropa un brebaje pastoso y muy caliente (que no era otra cosa que aguardiente), bajo cuyos efectos apenas se necesitaba abrigo y en las más feroces nevadas se era capaz de soportar que los copos de nieve se derritieran sobre torsos poco abrigados o incluso desnudos. Asimismo le costó el alcohol su primera derrota en Zama ya que Escipión en una noche al parecer de borrachera genial por casualidad descubre por confesión de un compañero de francachela cuál es el punto flaco de los aterradores elefantes de Aníbal (los tendones de sus poderosas patas)

y la noche anterior a la batalla, con mosto bien caliente enardeció a un grupo de soldados ya de por sí aguerridos para que al iniciarse la batalla a serrar los tendones de los elefantes y consiguió así neutralizar su poderío y por lo tanto la victoria.

Estas gloriosas gestas son narradas por Tito Livio, Polibio etc. que mojan también sus plumas en el alcohol de sus recuerdos. En posteriores, banquetes medievales brindis renacentistas, los versos de los trovadores vienen acompañados de buen vino que embriaga también la danza y los poemas.

Europa, tal como es en la actualidad, con sus ciudades, museos, catedrales y lugares donde escuchar ópera podrían no existir si no hubiera sido por que a Atila le gustaba beber. Es decir, hacia la mitad del Siglo V de nuestra era, los hunos atravesaron el Rin y el Danubio y se lanzaron contra las Galias y Roma. Atila era un esclavo del mosto y de la cerveza. Sus dos mejores oportunidades para sojuzgar Europa le pillaron ebrio. En la Galia, junto a Châlons-sur-Marne fue incapaz de dirigir sus tropas de forma que pudieran controlar las de Aecio, el último gran guerrero de la Antigüedad, que frente a un ejército desarrapado de Francos, burgundios y visigodos, impidió el paso de los hunos, bien equipados y con corceles con los que podían recorrer dicen ciento sesenta kilómetros en una jornada. La segunda oportunidad la tuvo Atila ante Roma, defendida por una tropa de niños y ancianos. El Papa León I decidió salir de la ciudad sitiada a parlamentar con Atila, y le hizo entrever que unos espectros avanzaban hacia él a través del río y ciego de ira, asustado y sobre todo bebido porque su única hija le había abandonado por un centurión romano, se dejó convencer y ordenó la retirada de sus ejércitos.

Las bebidas de fermentación quedaron superadas mediante el sistema de destilación por alambique. Lo producido mediante esta técnica embriagaba con mayor rapidez. Alquimistas árabes describen en los Siglos VIII y IX de nuestra era, la metodología e instrumentación necesaria para la destilación. En la península Ibérica, con amplia influencia árabe en convivencia más o menos pacífica con el cristianismo se dieron óptimas condiciones para amplia difusión de estos conocimientos. Nacieron las bebidas espirituosas. Así Arán de

Vilanova (S. XIV) atribuía a las bebidas destiladas características tales como: *“Es capaz de prolongar la salud, disipar los humores superfluos, reanimar el corazón y conservar la juventud”*.

En la Edad Media la destilación de la cerveza y de ciertos otros licores era producida por los monasterios lo que en cierto modo rescataba su valor sacro y terapéutico. Los licores se basaban en el vino natural que se había agriado y al que se añadían diversos aditivos y fueron surgiendo los aguardientes.

A partir del S XIV hasta bien entrada la época considerada moderna los boticarios destilaban vino para proporcionar remedio para curar determinados males. El aguardiente o agua de vida se vendía exclusivamente en las boticas. Era una auténtica panacea para una larga lista de enfermedades

Así también en el mundo de las letras se tiene noticia de Gonzalo de Berceo y posteriormente Quevedo y Cervantes.

Ya fuera de nuestras fronteras Petrarca, Miguel Angel, Dante, Shakespeare de todos ellos hay constancia que mostraron una gran afición al alcohol. Ya en el Siglo XIX, los escritores Verlaine, Bodelaire etc. y su apego a la absenta, de tal modo que su consumo de pone casi de moda entre la intelectualidad parisina de la época sin tener en cuenta sus devastadores efectos.

Una mención especial a Edgar Allan Poe que le daba al láudano, al whisky y al vino cuando se cansaba de batallar con los fantasmas que tan bien supo plasmar en su obra (y con los editores).

Ya en la pintura Goya era bebedor de vino de Cariñena, trago espeso y que le llenó de matices densos y tenebrosos que se reflejan en buena parte de su obra. Él tuvo una lucidez profética y tuvo la suerte de dejar terminada su obra. Gauguin y Van Gogh, no tuvieron la misma suerte y su fin se precipitó. El primero tras algunas noches de pernod decidió abandonar a su esposa e hijos y su comfortable empleo de agente de cambio y bolsa en París y se unió a Van Gogh al que la ingesta alcohol le empujó todavía más si cabe por la senda del

caos mental, hasta que en un momento cortan la relación y en un arrebató éste último se corta una oreja y es ingresado. Gauguin decide seguir bebiendo y pintando solo y se embarca hacia los soñados Mares del Sur donde muere pocos años más tarde. Se dice que ambos pintores tenían una relación mística con el alcohol. Que ambos bebían a solas y que pocas veces se referían a su afición a la bebida. El caso de Modigliani fue diferente, era consciente de que no necesitaba beber para pintar, sino para colocarse en una situación de languidez y confort un mundo elegantemente compuesto, que se dedicaba a recordar y a retratar. El camarero le servía cuantas copas de absenta le pedía el pintor y cuando consideraba que ya llevaba bebido suficiente como para poder soportar su vida y seguir pintando en su estudio se iba dejando las copas sin pagar, pero habiendo dejado algún esbozo en las servilletas. Colocaba sus lienzos en la calle, con tarjetas que señalaban su precio: tantos francos más una, dos o tres botellas de absenta o de pernod.

En los siglos XVIII y XIX, la técnica de producción de bebidas alcohólicas, se perfeccionan y sistematiza, gracias a los avances técnicos surgidos de los adelantos científicos y de la revolución industrial. Así fue básico el descubrimiento por parte de Pasteur de la fermentación allá por el año 1.857.

Independientemente de los avances en la fabricación comienza a ser una epidemia en todos los estamentos sociales primero en Inglaterra, para pasar luego a los Países Nórdicos y a Estados Unidos de América. Así la clase proletaria lo utiliza como instrumento para evadirse de las durísimas condiciones de trabajo y las desfavorables condiciones socioeconómicas. A lo largo del Siglo XX este consumo afecta dada su mayor accesibilidad a países del área Mediterránea donde se había consumido alcohol tradicionalmente de un modo más controlado, ya como formando parte de los más variados acontecimientos sociales.

En la simbología el vino se hace muy presente en los pueblos del Mediterráneo, donde la vid fue uno de los grandes cultivos que sostuvieron la economía de regiones enteras. Sus significados proceden de sus virtudes embriagadoras, del sentimiento de exaltación que genera y de la similitud del

color del tinto con la sangre. Todo ello hizo del vino una bebida identificada con la esencia de la vida, elixir de vitalidad e incluso de inmortalidad. Por motivos fáciles de imaginar, ocasionalmente esta bebida se ha considerado vehículo de conocimientos superiores revelados por los dioses. Pese a jugar un papel importante, como se ha dicho en multitud de culturas (como la griega, latina o taoísta), es la tradición Hebraica la que nos ha legado a nosotros pertenecientes a la cultura judeocristiana su interpretación principal. Se empleó como símbolo de la alegría y de los dones otorgados por Yahvé a los hombres en el Antiguo Testamento, y en el Nuevo Testamento Cristiano pasó a representar la sangre de Cristo.

LEGALIDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL

El Código de Hamurabi unos 1.700 años antes de Cristo contenía normas para regular el funcionamiento de los establecimientos en los que se servían bebidas alcohólicas y se establecían castigos y penas importantes para aquellos que por culpa de la ingestión de alcohol desatendían sus obligaciones o cometían alguna acción delictiva.

Ya se ha dicho que en el Egipto Faraónico el vino y la cerveza ocupaban un importante lugar entre las sustancias terapéuticas pero no se ignoraban sus repercusiones perniciosas en caso de abuso. Así reza una anónima inscripción hallada en una tumba de un alto dignatario *“Intenta no anonadarte bebiendo en la cervecería, pueden salir de tus labios palabras imprudentes de las que luego te arrepientas u ofender a quien no debas. Si caes, nadie querrá ayudarte y tus propios compañeros de borrachera de darán la espalda. Sé prudente.”*

En la Biblia, se hace asimismo referencia a diversos episodios relacionados con la embriaguez y sus nefastos efectos en los hombres. La historia de Noé. Sodoma y Gomorra etc. En la antigua Grecia también hubo un planteamiento legislativo para de alguna manera controlar el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los ciudadanos. Así en Las Leyes de Platón se hallan las

siguientes consideraciones: *"Empezaremos haciendo una Ley que prohíba a los jóvenes probar el vino hasta la edad de dieciocho años y hasta los treinta años nuestra Ley prescribirá que el hombre pruebe el vino con mesura aunque absteniéndose radicalmente de beber en exceso. Luego, una vez alcanzada la cuarentena, nuestra Ley permitirá en los banquetes invocar a los dioses y una especial invocación irá dirigida a Dionisos, para que ese vino, a la vez sacramento y diversión para los hombres de edad les ha sido otorgado por el dios como remedio para el rigor de la vejez, para rejuvenecerlos haciendo que el olvido de lo que aflige al anciano descargue su alma de la rudeza que la caracteriza y le pueda así prestar más jovialidad"*

Eurípides en *Las Bacantes* no aprueba la desmesura en el beber, pero sí da una alternativa a lo que es la abstinencia absoluta. Sus personajes centrales Cadmo y Tiresias muy en la línea del médico clásico Hipócrates opinan que beber ocasionalmente puede ser un elemento beneficioso, lúdico y de autoconocimiento. Penteo se decanta por la intimidación *"Nuestras mujeres han dejado las casa por bacanales, para en la espesura de los montes entregarse a los vértigos y a Dionisos celebrar con danzas, a cuantas he podido sorprender, atadas las tienen mis guardianes (...) ¿No merece todo esto la terrible horca y la más devastadora furia?"*

La expansión del Imperio Romano conlleva una oleada de alcoholización y se va más allá del ámbito sagrado y terapéutico del consumo de alcohol. Las autoridades intentan de algún modo regular este exceso con fuertes medidas represoras.

Mahoma censura sólo el consumo abusivo de alcohol, al considerarlo peligroso y en cierto modo pernicioso para la dignidad humana. El veto se consolida con las posteriores corrientes fundamentalistas islámicas. También el Budismo desde tiempo remoto reprueba tajantemente el consumo de bebidas alcohólicas.

Ya nos hemos referido al fenómeno de la destilación por alambique que en la Edad Media extendió en consumo de alcohol a los más diversos estamentos,

siendo considerada esa época sumida en una verdadera e histórica ola de alcoholización. El tema se extiende a la América colonizada Siglos XV y XVI coincidiendo con los descubrimientos y colonizaciones. Los Europeos encuentran en América pueblos que consumen bebidas alcohólicas en concreto la “chicha” que se reglamentó por parte de la Corona.

En los Siglos XVII y XVIII se extiende una nueva epidemia de alcoholismo por naciones que se industrializaban como se ha dicho. En los Estados Unidos, a la vista de los estragos producidos por el alcoholismo creciente en la población, el Dr. Benjamín Rush y su exposición de motivos de los perniciosos efectos del alcoholismo provoca medidas encaminadas a gravar con importantes impuestos la venta de los derivados del alcohol, hasta un punto que durante el Siglo XIX hubo épocas de absoluta prohibición en Estados Unidos de venta de bebidas alcohólicas. Así en ese país se establece una cierta tendencia punitiva y represora del consumo de alcohol ya sea por medios indirectos mediante fuerte presión fiscal al consumo o mediante medidas directas como son las de prohibición expresa de venta. Así la popularizada Ley Seca o Ley Vilstead se anunció así en Enero de 1.920. *“Esta noche, un minuto después de las doce nacerá una nueva nación. El demonio de la bebida hace testamento. Se inicia una era de ideas claras y limpios modales. Los barrios bajos serán pronto cosa del pasado. Las cárceles y correccionales quedarán vacíos: los transformaremos en graneros y fábricas. Todos los hombres volverán a caminar erguidos, sonreirán todas las mujeres, y reirán los niños. Se cerraron para siempre las puertas del infierno”*. Tales idílicas pretensiones nada tuvieron que ver en la realidad, ya que la época se pobló de mafias organizadas, judías, irlandesas y por fin italianas. El alcohol se siguió sirviendo, pero además con adulteraciones. Ha sido plenamente expuesta la situación a través del cine negro, que todos nosotros conocemos.

En Europa este prohibicionismo a ultranza se ha contemplado en la mayoría de los casos con estupor, siendo la prevención uno de los mayores retos de los países desarrollados.

La organización Mundial de la Salud desde mediados del Siglo XX considera que el alcohol y sus derivados son drogas, pero los políticos que legislan la tratan como *droga blanda* lo que quiere decir “legal”, cosa que no ayuda a que la población en general sea consciente del peligro del consumo.

Una breve referencia a la legislación de nuestro País:

El Código Penal en su artículo 9 trata la embriaguez como circunstancia atenuante cuando no es habitual y siempre que no se haya producido con el propósito de delinquir. El art. 340 castiga, con arresto, multa y privación del permiso de conducir a aquel que condujera un vehículo de motor bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

1.3. Definición y criterios diagnósticos del alcoholismo y la depresión.

Entre las drogas clasificadas como depresoras del sistema nervioso central, se encuentran las bebidas alcohólicas. El alcohol es una sustancia que se halla en las bebidas fermentadas como el vino, la cerveza, la sidra y otras, o en las destiladas como el aguardiente, el ron, el coñac, la ginebra, el whisky, etc. El contenido de alcohol no es el mismo en todas las bebidas y viene indicado por el grado alcohólico, por ejemplo, 12º significa que en 1000 ml de bebida hay 120 ml de alcohol etílico de 96º.

El alcoholismo es una enfermedad viro-metabólica condicionada por la exposición continuada del cuerpo al alcohol. Está caracterizada por el deseo insaciable de beber dicha sustancia, pérdida de control para no seguir bebiendo después que se comienza, dependencia física o aparición de síntomas después de la abstinencia, y tolerancia o necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida. Muchas veces las actividades de la persona giran en torno a la sustancia; es posible que dedique mucho tiempo a conseguirla, tomarla y recuperarse de sus efectos. Y a pesar de que vea las consecuencias, tanto físicas como psicológicas que le provoca el consumo, continúa consumiéndola.

Existe una enzima en el cuerpo encargada de destruir el alcohol, llamada aldehído deshidrogenasa, pero no todas las personas las poseen por igual. En el hombre la podemos encontrar en dos lugares, primero en la mucosa del estómago y luego en el hígado, en cambio la mujer sólo tiene esta enzima en el hígado, no posee en el estómago o, en todo caso, se encuentra en un porcentaje 80 veces menor. Un hombre puede llegar a absorber el 25% del alcohol que consume en el estómago, mientras que la mujer no, por eso es menos resistente a sus efectos. Una vez en el hígado el alcohol se metaboliza, generando otras sustancias también tóxicas para el organismo.

Todo el alcohol que el hígado no es capaz de absorber pasa a la sangre (alcoholemia) y de allí va directamente al cerebro, afectando al sistema

nervioso central. Existen algunos casos extraños en que la persona no posee la deshidrogenasa en su cuerpo, son aquellos individuos a los que el alcohol les sienta mal, produciéndoles náuseas, diarreas, calor, ruborización, etc. por lo que no lo pueden tomar.

El psiquiatra, Juan Antonio Vallejo- Nágera al referirse al alcoholismo hace la siguiente síntesis que nos da una información general sobre el tema, y que nos centra en la cuestión:

El alcohol etílico se utiliza desde tiempo inmemorial como modificador del estado de ánimo, y también desde las épocas más remotas se conocen sus peligros. En general la ingestión de bebidas alcohólicas produce un optimismo transitorio, euforia, sensación subjetiva de bienestar y de cordialidad, una percepción atenuada de la fatiga, de los dolores y de las penas o preocupaciones. Cada bebedor, por iniciativa propia o por influencia de su grupo busca alguno de tales efectos. Hay variaciones enormes en distintas culturas en cuanto a la aceptación de la bebida, e incluso del etilismo; Algunas sociedades como las musulmanas, rechazan tajantemente el alcohol, en otras se induce a beber desde la infancia.

Si todo quedase en los efectos de la bebida moderada y ocasional, el alcohol sería bienvenido, pero en una notable proporción de los consumidores habituales produce serios trastornos físicos y cambios en la conducta que resultan demoledores para las actividades personales, familiares, sociales y laborales del bebedor. En estos casos se habla de “ Abuso de alcohol”, “Uso patológico del alcohol”, “ Etilismo” o “ Alcoholismo”. El paso de la bebida moderada al etilismo no siempre está bajo las posibilidades del control del afectado.

Como ocurren con todas las drogas(y el alcohol es una droga) los signos de alarma se centran: a) patrón patológico de uso; b) deterioro de la actividad, y c) dependencia.

El patrón patológico de uso viene definido por una o más de estas características: intoxicación prolongada y habitual, dificultad para dejar de

beber con fracaso en los intentos esporádicos de abstinencia o de disminuir la bebida (consigue dejar de beber durante unas horas al día, por ejemplo, las horas de trabajo, o algunos días, ejemplo, los “bebedores de fin de semana”; o en periodos de unas semanas; pero sigue bebiendo aunque sabe que empeora sus trastornos físicos y sus conflictos), y al mismo tiempo siente necesidad de beber para iniciar una actividad. En etapas avanzadas, la bebida produce amnesia de lo ocurrido durante los periodos de embriaguez. Nota que el alcohol le provoca serios daños físicos y graves consecuencias y no deja de beber.

El deterioro de la actividad comienza en los propios episodios de intoxicación (por ejemplo, embriaguez patológica con irritación y agresividad en vez de euforia), y luego se manifiesta también en las horas en las que no se ha bebido (abandono de los deberes, celos paranoides etc.).

La dependencia tiene dos aspectos, uno es el aumento de la tolerancia (necesita mucha más cantidad de alcohol para lograr los efectos que busca) y otro el síndrome de abstinencia; Este último suele limitarse en el alcohol a la desazón con anhelo de beber y al temblor de manos, el malestar general y a las pituitas matutinas que se calman con la primera copa de la mañana que reinicia la cadena de la bebida de cada día en el alcohólico crónico. Ocasionalmente se presentan en las abstinencias bruscas *el delirium tremens*.

El abuso y dependencia del alcohol suele iniciarse entre los veinte y cuarenta años. Como en todo abuso y dependencia de sustancias en la evolución influye la personalidad previa. Están más dispuestos a pasar de bebedores a alcohólicos los portadores de trastorno antisocial de personalidad.

Hay dos tipos preferentes de personas predispuestas a hacerse alcohólicas: a) El tipo sensitivo, con sentimientos de inferioridad e insuficiencia. Son tímidos con dificultad para la relación interpersonal; están necesitados de afectos y aprecio de los demás, pero no saben obtenerlo. El alcohol les da confianza en si mismos y, bajo sus efectos, se sienten capaces de vencer su timidez; beben”

para atreverse”. b) El tipo opuesto que llega al alcoholismo por caminos distintos. Son individuos campechanos y habladores, sociables, simpáticos y activos. Habitualmente eufóricos, y por tanto con cierta mengua de sus inhibiciones y autocrítica. Comienzan por hacerse bebedores excesivos habituales, convencidos de que “ a ellos no les hace daño”.

La intoxicación aguda, o embriaguez, tiene tres grados. En la intoxicación leve domina la euforia, extraversión, necesidad de contacto afectivo, locuacidad, disminución de las inhibiciones que llega a cometer indiscreciones y errores. Tiene un cierto parecido a la hipomanía. En la intoxicación de mediana intensidad, a la intensificación de los síntomas de la leve, se añade el giro hacia la irritabilidad o depresión, con incontinencia emotiva (risotadas o llantos incontrolados de los borrachos). Aparece disgregación (lenguaje confuso), e incoordinación de movimientos (torpeza y forma de caminar del embriagado), con cierta hipoestesia(disminución de la sensibilidad). En la intoxicación aguda grave se puede llegar al coma y a la muerte.

La dipsomanía es una forma singular de relación patológica con el alcohol, distinta a todas las demás. Se trata de individuos de edad media, aparentemente normales que en realidad no son bebedores, no les gusta el alcohol ni beben habitualmente, pero tienen episodios en los que comienzan a beber y ya no dejan de hacerlo(generalmente sin cambiar de bebida), sin comer ni dormir, ni realizar otra actividad que no sea seguir bebiendo hasta que al cabo de uno, dos o tres días cae rendido y se hecha a dormir en cualquier sitio, con un sueño profundo y reparador del que se despierta con amnesia de todo lo ocurrido durante el episodio dipsómano. Al percatarse de que han “ caído de nuevo”, y enterarse de los errores cometidos(por que se los cuentan o los deducen) entra el enfermo en una penosa situación de desconsuelo, arrepentimiento, dolor moral y desesperanza al comprobar que no es capaz de evitar la reaparición de estos episodios que detesta. Su amargura es intensa, pues no tiene ni el embotamiento afectivo ni la anestesia moral de los alcohólicos, y se percata de cómo la enfermedad le destroza la vida familiar y profesional. En la inmediata fase de abstinencia hace todo lo posible por recuperar su perdido prestigio... hasta que un día presenta la típica alteración

de estado de ánimo premonitorio o disforia que siempre es la misma para cada enfermo y que precede en unas horas a la primera copa, tras la que ya no deja de beber y repite casi fotográficamente los episodios anteriores.

El delirium tremens es un cuadro clínico de abstinencia (aparece al dejar repentinamente de beber, por algún accidente o enfermedad) en alcohólicos crónicos graves, con insuficiencia hepática. Tras un periodo prodrómico de inquietud, angustia, incoordinación y pesadillas, se inicia el *período de estado* con agitación psicomotriz, temblor muy intenso, ansiedad y la aparición de las típicas ilusiones y alucinaciones. Las alucinaciones son escenográficas, coloreadas, muy vivas. Las alucinaciones son zoopsicas (ve animales) y micropsicas (sobre el escenario en tamaño natural, ve las alucinaciones de tamaño reducido, animales y personas diminutas, por lo que se le ha llamado liliputienses). El contenido alucinatorio se modifica por su gestión, si el enfermo tiene un acompañante que le tranquiliza las alucinaciones adquieren contenido grato (ve mariposas o animalillos muy bonitos o simpáticos) y se entretiene o juega con ellas; si por el contrario se le deja solo o se le asusta, el contenido se convierte en terrorífico (sigue "viendo" muchos animales pequeños, las alucinaciones conservan el carácter de zoopsicas y micropsicas, pero son arañas, ratas, serpientes, etc.) que aumentan su angustia y agitación, el enfermo se sube a la cama, intentando huir aterrorizado del contenido de sus alucinaciones. Con los tratamientos actuales a disminuido notablemente el índice de mortalidad que daba una siniestra resonancia al delirium tremens. J.A. Vallejo –Nágera "Guía práctica de la psicología ", 1998.

◆ CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM.IV.

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingesta de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias,

trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUBSTANCIAS

- **Criterios para la dependencia de sustancias**

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o

malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de **12 meses**:

(1) **tolerancia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

(2) **abstinencia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. Ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la

cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 Remisión total temprana

0 Remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida

0 Remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En entorno controlado

4 Leve / moderado / grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

- **Criterios para el abuso de sustancias**

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados

por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

DEPENDENCIA DE ALCOHOL [303.90]

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia del alcohol con respecto al diagnóstico de dependencia de sustancias:

0 Remisión total temprana / remisión parcial temprana Esta especificación se usa si no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.

0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida Esta especificación se usa si no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más; aunque se cumpla algún criterio de abuso.

2 En terapéutica con agonistas: Esta especificación se utiliza cuando el individuo está bajo medicación con agonistas prescrita, sin que se cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o abuso de ese medicamento durante 1 mes (exceptuando la tolerancia o la abstinencia al agonista). Esta categoría también es aplicable a los sujetos tratados de su dependencia con un agonista parcial o un agonista/antagonista.

1 En entorno controlado Esta especificación se utiliza si el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante 1 mes. Ejemplos de estos ambientes son las cárceles estrechamente vigiladas y libres de sustancias, las comunidades terapéuticas o las unidades hospitalarias cerradas.

4 Leve / moderado / grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

ABUSO DEL ALCOHOL [305.00]

Véase también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias descritos mas arriba. La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol). Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea (p. ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños). Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

Trastornos inducidos por el alcohol

- **Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alcohol [303.00]**

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

(1) lenguaje farfullante

- (2) incoordinación
- (3) marcha inestable
- (4) nistagmo
- (5) deterioro de la atención o de la memoria
- (6) estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- **Criterios para el diagnóstico de F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8]**

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

- (1) hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
- (2) temblor distal de las manos
- (3) insomnio
- (4) náuseas o vómitos
- (5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
- (6) agitación psicomotora
- (7) ansiedad
- (8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otros trastornos inducidos por alcohol

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una

mortalidad considerables. En algún momento de la vida cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas). Por fortuna, a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol.

La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado.

- **Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]**

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor

- **Criterios para el episodio depresivo mayor**

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral

o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

- **Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]**

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

- **Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4]**

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

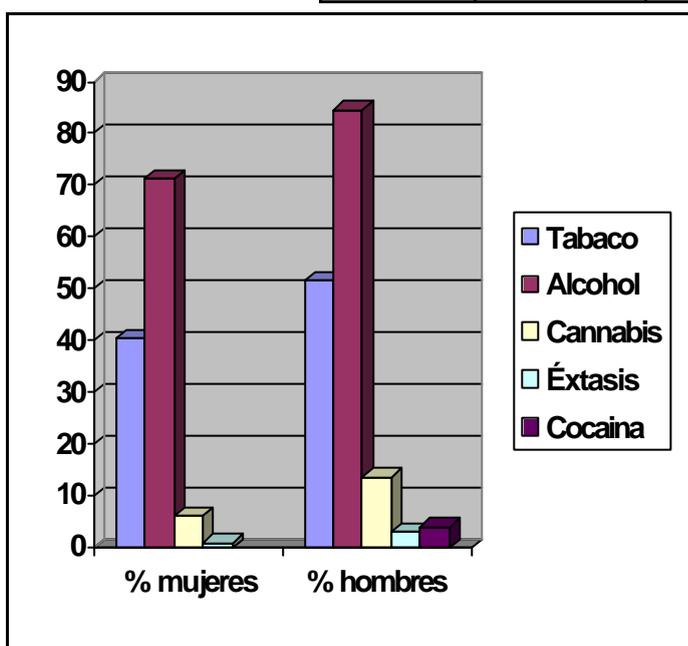
G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia(p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1.4. Datos del alcoholismo en España.

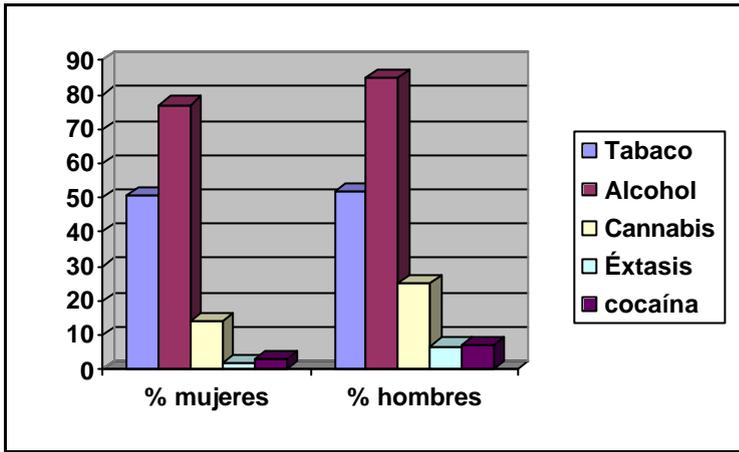
Plan Nacional sobre Drogas Diciembre 2001.

droga	% mujeres	% hombres
Tabaco	40,5	51,6
Alcohol	71,3	84,7
Cannabis	5,9	13,5
Éxtasis	0,8	2,9
Cocaína	1,3	3,9



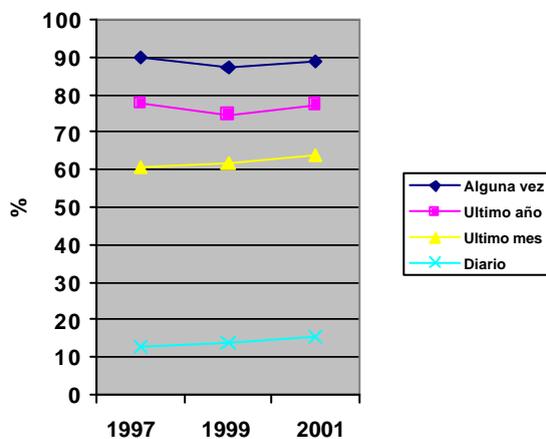
Plan Nacional sobre Drogas Diciembre 2002

droga	% mujeres	% hombres
Tabaco	50,7	51,8
Alcohol	77,1	85,1
Cannabis	13,8	25,2
Éxtasis	2	6,8
Cocaína	2,8	7



Los gráficos muestran cual es la droga más consumida. Pero es la más permitida socialmente junto al tabaco. Obsérvese el incremento de ingesta de alcohol en mujeres.

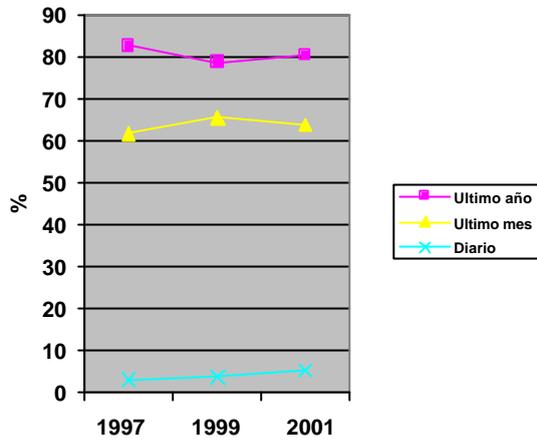
Año	1997	1999	2001
Alguna vez	89,9	87,1	88,8
Ultimo año	77,8	74,6	77,4
Ultimo mes	60,7	61,7	63,8
Diario	12,9	13,7	15,3



Se observa un ligero aumento del sumo de bebidas alcohólicas la población española entre 1997 y 2001, siendo el más acentuado entre los más jóvenes, como se ve en el anterior gráfico. La edad media de inicio se ha mantenido prácticamente estable, y para el 2001 es de 16,9 años.

Evolución de la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas en la población española de 15 a 29 años. España 1997-2001

Año	1997	1999	2001
Ultimo año	82,2	78,1	80,5
Ultimo mes	60,7	61,7	63,8
Diario	3	3,7	5,3



1.5. Alcoholismo y depresión: reflexión sobre la cuestión de género.

1.5.1. Diferencias de género.

La situación actual respecto el conocimiento del alcoholismo y de su posterior tratamiento ha ido mejorando día a día. Se han hecho numerosos estudios con el objetivo de conocer cada día más sobre la personalidad del alcohólico.

Todos los autores coinciden en que no existe un modelo único de personalidad sobre el que se desarrolla la conducta patológica.

Velasco Fernández (1981), Molina y col. (1982), Souza y Machorro (1988) y Donald (1991) niegan el hecho de que exista una personalidad alcohólica definida pero refieren que existen ciertas características de personalidad que suelen preceder al alcoholismo, es decir, pueden hacer a la persona más susceptible al alcohol y más tarde a desarrollar una dependencia a éste; estas características son: baja tolerancia a la frustración, pasividad, impulsividad, ansiedad, inestabilidad emocional y económica, incapacidad para manejar la soledad, baja autoestima, sentimiento de inferioridad y conducta conflictiva.

Así pues, al inicio de su carrera como alcohólico, la persona presenta ciertas actitudes comunes y fáciles de ser identificadas; preocupación exagerada por el alcohol, cuando piensa y habla con mucha frecuencia de bebidas alcohólicas, comienza a presentar sentimientos de incomodidad y molestia cuando no hay bebidas alcohólicas disponibles, cuando la ingestión de alcohol se realiza con la intención de resolver algún problema o aliviar síntomas desagradables como la ansiedad y la depresión, cuando se presenta el consumo de alcohol en horas de trabajo o por las mañanas para evitar la cruda o a cualquier hora del día (Souza y Machorro, 1988).

Otros investigadores señalan que las características más comunes y predominantes de las personas alcohólicas es que les es difícil establecer relaciones adecuadas con los demás ya sean de pareja o no, en aspectos sexuales y emocionales por lo que se les considera personas inmaduras que se inclinan más por el aislamiento y suelen ser dependientes, manejan inadecuadamente sus frustraciones, se sienten indignos ante los demás y suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y problemas afectivos en sus hogares.

Hiariart (1987), refiere que “parte de la enfermedad del alcoholismo es la ilusión de poder controlar y manejar la bebida y beber como las demás personas” y Lazo (1991) mencionan que los estados de ánimo por los que atraviesa el alcohólico son resultado de su molestia, es decir, de su alcoholismo y no precisamente de su causa.

Así, Black (1981) define a las personas alcohólicas como aquellos individuos incapaces de controlar consistentemente sus hábitos de bebida por lo que no pueden predecir cual será su comportamiento una vez que empiezan a tomar pues presentan una necesidad de beber que se vuelve progresivamente una preocupación cada vez mayor en sus vidas.

Steinglass (1987), refiere que el alcohol ocasiona importantes alteraciones en la función de la memoria, en el estado de ánimo, en el conocimiento, en el sueño, en la manera de relacionarse verbalmente, en el tono afectivo, en la conducta sexual y en su agresividad por lo que sus relaciones interpersonales se van deteriorando progresivamente.

Otro aspecto importante a ser considerado dentro de la personalidad del alcohólico es el rechazo social que sufre y es evidente que ante esto el sujeto preferiría dejar de beber y no lo hace (Velasco Fernández, 1981); en una etapa del alcoholismo, el sujeto llega a perder sus relaciones importantes con los demás, lo que hace que disminuyan las personas que lo ayuden a sentirse aceptado ante lo que surge una sensación de soledad (Heinemann, 1989).

La personalidad del alcohólico se va deteriorando conforme va avanzando la enfermedad, el pensamiento se centra cada vez más en la bebida y su conducta se va degradando, va perdiendo el interés por todo excepto por la bebida, también pierde responsabilidades que antes tenía incluyendo el área laboral hasta caer en el desempleo (Souza y Machorro, 1988).

Pero lamentablemente, en todos estos estudios, así como los programas de tratamiento que se han creado podríamos atrevernos a decir que en la gran mayoría de los casos se han hecho para el hombre y por el hombre.

El alcoholismo es una enfermedad muy compleja por la gran variedad de variables que influyen, entre ellas la que comporta el género, ya que todavía en estos días, nos movemos por parámetros culturales en los que está “peor visto”

el consumo y abuso de alcohol por parte de la mujer que del hombre. Cuando se habla del miembro alcohólico en la familia, generalmente se piensa en la figura masculina (padre de familia), sin embargo es importante recordar que la mujer también puede llegar a desarrollar dependencia hacia el alcohol.

El consumo de alcohol en la mujer es una práctica que en general se oculta y se niega aunque es cierto que ya existe mayor libertad en las normas de consumo, sobre todo en las mujeres adultas jóvenes.

Es común en los numerosos estudios e investigaciones encontrar los factores que predisponen para el desarrollo de alcoholismo en la mujer están:

- La vulnerabilidad genética
- La alta ocurrencia de alcoholismo en la familia de origen
- Las características de los padres en cuanto a su paternidad y maternidad tales como:
- Madre distante, fría, dominante y con actitud de rechazo
- Padre ambivalente y que establece relaciones donde predomina el hostigamiento físico, verbal y sexual.
- Pérdida de un ser querido
- Divorcio
- Pérdida de funciones fisiológicas
- Aborto

Alonso Fernández (1981) menciona como determinantes de alcoholismo en la mujer: su degradación, desajuste familiar, separación conyugal, disgregación familiar.

Lo anterior no quiere decir que estas condiciones de historia de vida no se presenten también en el hombre alcohólico, sino que la diferencia entre las características de historia de vida entre hombres y mujeres alcohólicas es determinada por el tipo de interacción de los padres con sus hijos hombres o mujeres lo que hace presumir una diferenciación de tipo cultural con relación a la conducta de género (Casco y Natera, 1993). Así, es posible que el esposo asuma el papel de mando dentro de la familia para compensar la deteriorada capacidad de la esposa o también puede que intente dejarle todo el mando y

responsabilidad de la casa al hijo mayor, quien comienza a manejar el hogar adoptando un papel que no le corresponde (Heinemann, 1989).

La mujer alcohólica presenta mayores probabilidades de que el consumo de alcohol termine afectando su matrimonio (Vallejo, 1991). Es más fácil y probable que el hombre abandone a una esposa alcohólica que una mujer deje a su esposo alcohólico, principalmente por la situación económica de la familia (Griffith, 1986).

La dinámica familiar y de pareja no difiere mucho de cuando el varón es la persona alcohólica y es más probable que un familiar cercano supla el papel de madre sustituta (Molina Piñeiro, 1982).

Los hallazgos sobre las características de personalidad de la mujer alcohólica señalan que ésta posee una personalidad adulta inadecuada que se distingue por vivencias fuertes sentimientos de rechazo, soledad y tensión, sentimientos devaluados y por sentirse víctimas de su propia historia personal (Casco y Natera, 1993).

Dicho esto, nos rendimos cuenta que la dinámica del género en el consumo de alcohol en la sociedad todavía necesita ser descubierta. Para las mujeres que abusan del alcohol existe, a cierto nivel social, reprobación y rechazo. Según ello, las mujeres ponen en peligro su feminidad y su papel como mujeres. A los ojos de la sociedad, y en muchas ocasiones según ellas mismas, han fracasado como mujeres. En un sentido real ha perdido su feminidad.

Así pues, debemos tener en cuenta que vivimos en una sociedad que considera beber y abusar de la bebida más aceptable para los hombres que para las mujeres. A las mujeres que beben y tienen problemas, se las ve como estigmatizadas. Tienen que hacer frente al juicio de la sociedad e incluso a los juicios equivocados de aquellos que las tratan diciendo que son poco femeninas, que no son mujeres de verdad, que son malas mujeres, malas madres, etc.

Después de nuestra revisión bibliográfica, en la que nos hemos basado en diversos estudios, podríamos resumir que las mujeres beben para sentirse mejor, más adecuadas, aumentar su auto-estima y para tener mayor confianza socialmente. Tienen tendencia a beber solas y a escondidas, y por lo tanto se

mantiene el secreto sobre su problema por mucho más tiempo que en el caso de los hombres. La mujer alcohólica manifiesta más síntomas de ansiedad, baja auto-estima, depresión, y hasta puede ser dependiente de medicamentos. También tiene mayores probabilidades de suicidarse.

En cuanto a las diferencias físicas, la mujer alcohólica sufre graves cambios corporales o fisiológicos así como un efecto más debilitante debido a la constitución hormonal y al metabolismo total. Las mujeres poseen una mayor proporción de grasa y menor de agua, por lo que la mujer que bebe tenderá a tener, comparativamente, niveles más altos de alcohol que los hombres. El alcohol no se metaboliza en la mujer con la rapidez que lo hace en el hombre; ello tiene implicaciones sobre el daño físico que se produce en el cuerpo femenino (a los 30 años, el daño físico es comparable con el de un hombre 10 años mayor). El abuso del alcohol se encuentra asociado con un riesgo cada vez mayor de cáncer de seno, osteoporosis y trastornos en la menstruación en las mujeres. Las evidencias también sugieren que los efectos dañinos del alcohol en el hígado son más severos para la mujer que para el hombre, lo cual indicaría por qué los índices de mortalidad en las mujeres alcohólicas son 50 a 100 veces más altos que en los hombres (NIAAA, 1990).

Entre otras de las dificultades en las que se encuentran las mujeres alcohólicas es, por un lado la incapacidad de los miembros de la familia en reconocer el problema y por ello no darles el apoyo que se le daría en el caso de ser hombre. Por otro lado, la vergüenza y la culpa asociada con el abuso de alcohol, puede llevar a la familia a abandonar a la mujer, llegando a la negación y al encubrimiento que obstaculicen el acceso a la mujer al tratamiento.

Pero también factores como un status social y económico bajo, la inestabilidad social, los sentimientos de impotencia y depresión, hacen que el acceso de la mujer al tratamiento sea muy difícil. Las responsabilidades primarias asociadas a la crianza de los niños, también sirven como barreras para aceptar un tratamiento. Pueden no buscar o continuar un tratamiento debido a la dificultad de encontrar sistemas alternativos aceptables para el cuidado de sus niños o bien por el miedo a que se los puedan quitar.

1.5.2. Género y aprendizaje emocional.

Hombres y mujeres hemos vivido procesos de socialización muy diferentes, en los que hemos ido adquiriendo unas formas de pensar, de relacionarnos, de divertirnos, de sentir, de trabajar etc. Así, como afirma Mercedes Olivera , a la que nos hemos referido anteriormente, en su libro “la educación sentimental”, *las mujeres han desarrollado mas la capacidad para afrontar la vida desde la afectividad y los hombres mas desde la acción .*

Desde la infancia los niños luchan por la independencia, definen su identidad separándose de la persona que los cuida. Las niñas en cambio se alegran con la interdependencia, muestran mas empatía y también tienen mas interés por los temas afectivos que los hombres. William S. Pollock, considera que el origen de la vergüenza masculina ante las emociones está en la temprana separación de la madre. En muchas familias, a los hijos varones se los independiza de la madre antes que a las hijas. Al fin y al cabo, un chico debe acabar convirtiéndose en un “verdadero hombre” : Debe aprender a ser duro y a imponerse, y a dar prioridad a la razón y a la lógica por encima de las emociones -los hombres no lloran- . Marcado por las ideas sobre la virilidad que prevalecen en su educación, muchos hombres tienen miedo de parecer poco masculinos si muestran sus emociones (Martín D y Boek K, 1996).

Por eso Mercedes Olivera propone cuestionar la educación sentimental tradicional, que forma a las personas para que sientan y actúen según lo que se espera de ellas, ya que considera que esto limita las posibilidades de un crecimiento emocional equilibrado.

Martin Seligman (1981) intentó explicar por qué las mujeres sufren el doble de depresiones que los hombres. Lo atribuye a la distinta manera que tienen de pensar en sus problemas. Los hombres tienden a actuar, mientras que las mujeres tienden a contemplar su depresión, volviendo sobre ella una y otra vez, intentando analizarla y determinar sus fuentes.

También es conocido que hombres y mujeres tenemos diferentes maneras de expresar emociones, e incluso estamos más entrenados a tener preferencia por unas emociones y no por otras.

La rabia, la agresividad, a lo largo de los años ha servido para la supervivencia de la especie y era una herramienta útil que usaban los machos para defender el territorio. Así que antropológicamente, el hombre ya está más entrenado con la agresividad que la mujer. Luego en el proceso de socialización esto se refuerza. A la mujer, por otro lado se le permite más la tristeza, el llorar, el lamentarse...con estas conductas recibe protección. El hombre con estas conductas recibe críticas, o mensajes que le invitan a “ser fuerte” “no llores”. Así que los hombres aprenden a no sentir tristeza, a no deprimirse.

En este estudio partimos de la hipótesis de que las mujeres tienen más permiso para sentir y expresar tristeza y los hombres tienen más permiso para sentir y expresar rabia. Cuántas veces hemos oído “los hombres no lloran”. Quizá sea uno de los motivos por los que existan más depresivas que depresivos y más hombres que expresan su agresividad de forma violenta (que mujeres). También es sabido que detrás del alcoholismo se esconde una depresión subyacente, bajos niveles de autoconfianza y autoestima. Por lo tanto, una de las hipótesis que nos planteamos es: *La mujer se deprime y el hombre se alcoholiza, como una manera de expresar la depresión en los hombres.*

Y además de la influencia cultural y social, la influencia de los estereotipos masculinos y femeninos, podemos diferenciar la influencia de la familia, como núcleo de socialización primario. Claude Steiner, en su libro, la educación emocional (1997) habla de la desconexión sentimental en la que habitamos a menudo hombres y mujeres debido al ritmo frenético de la sociedad occidental. Sobre el inicio de esto, Steiner introduce el concepto de “shock emocional”. Lo define como una manera inteligente del organismo de anestesiar momentáneamente las emociones para poder pensar racionalmente y dar salida a una situación difícil o “trauma” (entendido como dolor emocional). El problema, dice Steiner, es que esto que nos evita el dolor también nos evita la alegría, y en algún momento las paredes protectoras pueden derrumbarse y

dejarnos inmersos en fuertes y destructivas emociones. Como ejemplos de víctimas del shock emocional, Steiner comenta la violencia y el alcoholismo. En este sentido, hijos de alcohólicos han tenido que usar a menudo de esta defensa emocional para sobrevivir. Además, comenta que es algo común en la sociedad occidental, y que sobretodo los hombres, viven inmersos en un estado semipermanente de shock emocional habiendo perdido el contacto con la mayor parte de los sentimientos.

A propósito del aprendizaje emocional, Ana Gimeno-Bayón (1996) describe cómo funciona el proceso emocional y cómo aprendemos en la familia una determinada manera de dar salida a las emociones. Plantea que tenemos emociones favoritas, algunas a veces las excluimos de nuestro repertorio. Así que a partir de lo que hicieron las personas que nos cuidaban cuando nosotros expresábamos según qué emociones nos ha ido moldeando nuestro repertorio emocional. A veces, también comenta, se hace un aprendizaje emocional distorsionado.

Nos parece interesante adentrarnos en este tema, porque creemos que los alcohólicos no tuvieron permiso para expresar tristeza, y es en ese sentido, que comentamos que hay una depresión antes del alcoholismo. Depresión que no ha encontrado camino de salida, probablemente porque la persona no ha aprendido a hacerlo, o porque le enseñaron que eso no estaba bien. El caso es que desde no permitirse la depresión, pensamos que quizá la depresión es tragada con el alcohol.

Veamos qué ocurre en el proceso de aprendizaje emocional

Siguiendo a Carlo Moiso en el libro de Ana Gimeno (1996) partimos de que determinadas sensaciones procedentes del mundo exterior abren en el organismo una dinámica neurológica que necesita ser complementada para volver a la homeostasis inicial. Carlo Moiso equipara este proceso a un sistema de cañerías como metáfora (Anexo 8.9) Estos estímulos o sensaciones, en las primeras etapas de la vida del niño, son sólo de dos tipos, sin mayor discriminación: incomodidad o comodidad. Posteriormente el niño irá matizando y distinguirá entre cuatro sensaciones básicas interpretadas como: peligro,

daño, pérdida o satisfacción. Estos cuatro tipos de sensaciones producen una reacción psicofisiológica –la emoción- de diferente contenido y que corresponden a las cuatro emociones básicas: miedo, rabia, tristeza y alegría. En los animales y los niños muy pequeños, que responden sin “censura adaptativa” se da a continuación una respuesta de tipo instintiva que será:

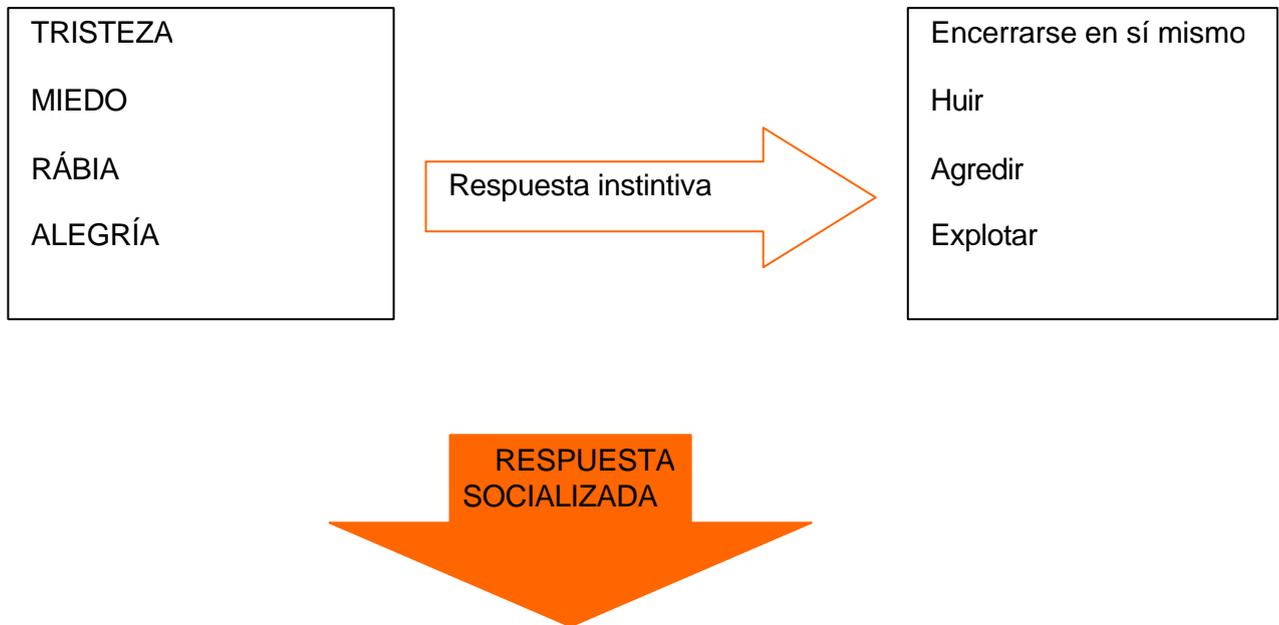
- la huida ante la sensación de peligro
- la agresión ante la percepción del daño
- el aislamiento ante la sensación de pérdida
- la explosión ante la satisfacción

El proceso neurológico se habría completado así, logrando el equilibrio orgánico que había perturbado el estímulo inicial.

Desde este punto de vista, las cuatro emociones básicas tienen un talante positivo y están puestas al servicio de la vida:

- El miedo, como respuesta psicofisiológica al peligro, sirve para alentarnos y preservar nuestra integridad mediante la huida.
- La rabia como reacción psicofisiológica ante el daño, nos impulsa a destruir lo que causa ese daño para recuperar nuestro bienestar y autoconservarnos mediante la agresión.
- La tristeza, respuesta a la sensación de pérdida, nos lleva a encogernos ya que tenemos un vacío tras la pérdida y nos permite replegarnos para ajustarnos a esa realidad disminuida, mediante el encerramiento en nosotros mismos o el aislamiento.
- La alegría, como reacción a la satisfacción nos lleva a expandirnos hacia delante en nuevos proyectos y contactos, a lanzar nuestra vitalidad hacia el crecimiento mediante el movimiento de explosión

A través del **proceso de socialización** según Ana Gimeno (1996) aprendemos a sustituir estas respuestas instintuales por otras, a veces, mas adaptativas:



- Tristeza: Pedir consuelo ante la pena de una pérdida
- Miedo: Pedir protección o buscarla en el interior de uno contactando con los recursos, o pedir que se reafirme su autoconfianza
- Rabia: Pedir al otro que cambie su conducta dañina
- Alegría: Compartir con otros la satisfacción obtenida

En otras ocasiones, aprendemos que hay emociones que cuando las expresamos somos censurados (ej. Los hombres no lloran) y que hay otras emociones que son mas permitidas y que además nos sirven para recibir caricias, tienen beneficios secundarios. Por ejemplo si Juan y Ana hermanos de 5 y 7 años se pelean agredándose, su madre les castiga a los dos. Si, otro día, Ana en lugar de agredir a su hermano cuando éste le quita un juguete se pone a llorar su madre la consolará y

probablemente castigará a su hermano. En este proceso, quizá Ana está aprendiendo que es más reconfortante expresar tristeza que rabia.

Un niño, desde muy pequeño aprende qué tipo de emociones son toleradas, premiadas, prohibidas o ignoradas en su familia. Y de ahí viene el aprendizaje emocional distorsionado que se externaliza de diferentes maneras:

1. No tener conciencia de las emociones: es la persona “fría” que no siente. Es como si el canal afectivo lo hubiera cerrado y el agua se desviara hacia otras cañerías como: el comportamiento (trabajo-adicto), el cuerpo (somatización), el pensamiento (le da vueltas a los problemas)
2. No actuar la expresión socializada aunque pueda expresar verbalmente lo que siente
3. Engancharse a una situación emocional no resuelta en el pasado, y cuando algún estímulo le recuerda a aquello, responde de la manera en que lo hizo en el pasado porque se ha dejado “cuentas pendientes”
4. Fabricando sentimientos manipulativos, sentirse humillada por todos los agravios recibidos provocando así compasión
5. No tener conciencia de alguna de las emociones básicas (comunes a todos los seres humanos). La decisión inconsciente de suprimir las emociones peligrosas ha llevado a la persona a la incapacidad para identificarlas. Aquí el agua de las cañerías se puede desviar al comportamiento, al cuerpo o al pensamiento pero también se puede desviar a otra emoción que sí que es permitida (que se sentirá como desproporcionalmente grande) o a otras que no corresponden a la realidad como los celos, la vergüenza, la culpa...Estas emociones que reciben el agua de la cañería se llaman “**emociones parásitas**” porque se alimentan de las anteriores y a costa de ellas.
6. Descontrolarse emocionalmente, actuando de forma desproporcionada al contexto, ya que a la persona no le enseñaron a

poner límites y a hacerse responsable de su comportamiento. Muchas veces copian estas conductas de figuras parentales de la infancia. Es el caso de la violencia por ejemplo

7. No permitirse alguna emoción básica y trasladar esa energía a alguna conducta de tipo comportamental (como podría ser las adicciones, la somatización, la agitación física, el activismo,) o de tipo cognitivo (como las obsesiones por ejemplo)

Estas experiencias, en su origen, fueron las respuestas inteligentes de un niño que tiene pocas opciones y quiere lograr su equilibrio evitando el dolor y buscando el bienestar.

En conclusión, y clarificando nuestra hipótesis, nos centramos en el hecho de que sin olvidar el componente genético del alcoholismo, la importancia del modelado y la posterior adicción física, creemos que previo al alcoholismo hay un sentimiento de tristeza que en lugar de canalizarse hacia fuera se traga a consecuencia de un aprendizaje emocional distorsionado. Así que, diferencia de lo publicado en algunos estudios, planteamos la hipótesis de que antes de la conducta adictiva, ya hay un sentimiento de tristeza, impotencia, estrés, vacío, desinterés etc. Es decir que las bases de la depresión podrían estar antes del alcoholismo.

1.6. El alcohol y la familia: Tratamiento.

1.6.1. El concepto de la familia alcohólica.

En nuestra investigación el marco teórico de fondo es el enfoque sistémico, por ello un concepto clave a tener en cuenta es el de familia alcohólica. Entendemos a esta familia como un sistema en el cual el alcoholismo crónico se ha convertido en un tema central de su existencia, insertándose en todos los aspectos de la vida familiar.

El texto de referencia en el que basamos nuestra reflexión acerca del concepto de familia alcohólica es el libro de P. Steinglass, L.A. Bennett, S.J. Wolin y D. Reiss. Estos autores estudiaron durante más de diez años el fenómeno del alcoholismo dentro de la unidad familiar y aportaron conclusiones que rompían con algunas ideas preconcebidas hasta el momento, de las cuales parte nuestro estudio. Uno de sus objetivos fue el no ver a la familia alcohólica como a una única fuerza negativa. Es cierto que estas familias tienden a tener una baja tolerancia en lo referente a la incertidumbre y ponen el acento en la estabilidad y predecibilidad. Sin embargo, Steinglass sugiere adoptar un punto de vista más empático, para poder ver a estas familias como sistemas complejos, con una alta tolerancia al stress y con cierta iniciativa conductual de adaptación dignas de admiración.

La tesis básica de Steinglass es ver al alcoholismo como un estado capaz de ser un principio organizador central alrededor del cual se estructura la vida de toda la familia. Así pues, el foco de atención se amplía; no se observa al individuo alcohólico sino a la familia alcohólica, que al organizarse en torno al alcoholismo tiene una historia única de desarrollo. La hipótesis central, que parte de la epistemología de la complejidad, se basa en que el alcohol conllevará diferentes consecuencias en cada familia. En algunos sistemas ejercerá una función cohesionando a la familia y en otros actuará como una fuerza divisoria.

Otra hipótesis importante, teniendo en cuenta que nuestra investigación nace del interés por los trastornos afectivos, es que el uso de la bebida se puede interpretar como un intento de un miembro de la familia de reducir los síntomas. Winokur afirma en esta línea que el alcoholismo en los hombres es a menudo el resultado de una depresión subyacente (1974-1979).

Acerca de las características de estas familias Steinglass afirma que el marco ambiental más común en el que se encuentra a un alcohólico es el de una familia estructuralmente intacta y competente en su modo de funcionar. El efecto desinhibidor del alcohol es el que precipita incidentes que de otro modo no se darían. En este sentido impresiona el número de familias que a pesar de tener un miembro alcohólico parecen arreglárselas bastante satisfactoriamente.

Es frecuente que a corto plazo la familia no perciba el alcoholismo como una amenaza para su supervivencia. Pero a la larga el alcohol reduce la energía y los recursos de la familia.

Hay aspectos más sutiles pero básicos de la vida familiar que sí se verán afectados por el consumo de bebida. Éstos son las rutinas cotidianas, los rituales y las estrategias de la familia para solucionar problemas y ellos modelarán el rumbo de la historia de vida de la familia alcohólica.

En los sistemas alcohólicos las conductas relacionadas con el uso de la bebida llegan a representar un papel fundamental dentro de los mecanismos morfogenéticos y morfoestáticos. En la familia alcohólica se observa una rigidez en sus mecanismos reguladores, organizados para mantener una estabilidad a corto plazo, se trata de un desafío al desarrollo mal manejado e interpretado. La homeostasis existe por la predicibilidad de conducta a expensas de poca flexibilidad y adaptabilidad.

En cuanto a las estructuras reguladoras profundas encontramos dos conceptos básicos: temperamento e identidad de la familia. El temperamento de la familia alcohólica es el producto de una conducta que gira entorno al alcohol, y unas pautas de interacción ante el uso de la bebida, que forman un vínculo estable. La familia logra una adaptación aceptable, es decir, su temperamento es

compatible con la coexistencia de la pauta de alcoholismo manifestada por el miembro alcohólico. En lo referente a la identidad, se trata de un sentimiento subjetivo de la familia y de un sistema de creencias compartidas. La identidad es una poderosa construcción explicativa ante temas de continuidad en la familia alcohólica.

Existen también conductas reguladoras observables que sirven de puente hacia los procesos subyacentes reguladores de la familia. Nos referimos a las rutinas de todos los días, a los rituales familiares (celebraciones, tradiciones y rutinas pautadas) y a los episodios de solución de problemas a corto plazo. En la familia alcohólica los rituales están manchados por la necesidad de complacer al miembro alcohólico o simplemente, desaparecen, por ejemplo, se cancelan vacaciones y celebraciones. En cuanto a la solución de problemas a corto plazo, no existe en las familias alcohólicas un estilo de respuesta único. Pero sí se observa un alto grado de sensibilidad ante el cambio, respondiendo con fuerza al desafío del status quo. También actúan con rapidez y agresivamente respecto a la magnitud del problema.

En las familias alcohólicas se da una invasión del alcohol ante las conductas reguladoras. Se definen dos tipos de estas conductas según el estado de sobriedad – embriaguez del individuo (niveles de confrontación o comunicación entre padres e hijos). Se observa que el miembro alcohólico no se adapta a las rutinas de la familia, pero las rutinas de la familia se adaptan mucho al miembro alcohólico.

Al analizar el crecimiento y desarrollo de la familia alcohólica se abre el interrogante de en qué aspectos es alterada la maduración sistémica de las familias por la presencia del alcoholismo en su seno. Steinglass y cols. Adoptaron el modelo de Historia de Vida de la Familia para construir un modelo de ciclo vital de desarrollo de la familia. Toda unidad familiar a través del tiempo pasa por el siguiente proceso de maduración sistémica estructurado en tres fases: una primera etapa de expansión donde se establecen los límites y se forma la identidad, denominada fase de apego. La segunda fase de consolidación, es la etapa del compromiso y la estabilidad, llamada fase de

estabilización. Y por último, una tercera fase de nueva expansión, ésta es de aclaración y legado, se orienta al futuro, se trata de una fase de pérdida.

Centrándonos en la Historia de Vida de la Familia Alcohólica, vemos que en la primera fase el alcoholismo acarrea importantes consecuencias para el proceso de formación de la identidad. También se acentúan las tensiones entre las familias de origen y la nueva familia, estas tensiones se generan entorno al establecimiento de los límites. Cuando surge el alcoholismo, la familia debe decidir una postura a adoptar: enfrentarse a ese desafío o transigir con él. Si se elige el camino a la transacción el alcoholismo llegará a ser un principio organizador central de la vida familiar, y el alcohol será incorporado al surgimiento de la nueva identidad. Recordemos que las bases de una futura identidad alcohólica fueron creadas con frecuencia en una familia de origen que es a su vez una familia alcohólica. Pero en otros casos, el alcoholismo aparece como un nuevo estado a la vez que la familia elabora sus problemas de identidad.

En la fase intermedia de compromiso y estabilidad uno de los impactos que ejerce el alcoholismo crónico sobre la vida de la familia es su capacidad de invadir las conductas reguladoras de ésta. Las conductas vinculadas con la embriaguez se incorporan a las estrategias de solución de problemas a corto plazo de la familia. La organización insidiosa de rutinas cotidianas entorno de las características temporales da una pauta de consumo de bebida. El proceso de invasión conduce a una alteración fundamental de tales conductas en dirección a una ampliación de los aspectos compatibles con el alcoholismo, y de una reducción comparable de los rasgos incompatibles con éste. El resultado probable de esta deformación de las conductas reguladoras es un refuerzo de las conductas alcohólicas. La familia alcohólica de la fase intermedia se vuelve más rígida en términos de desarrollo. Temas de desarrollo normativo tales como el crecimiento individual son muy mal atendidos. De ahí el abrumador sentimiento de aburrimiento y de distancia emocional, que emiten las persona que crecen en estas familias.

El primer problema de la fase última de aclaración y legado (destilación de la identidad) se convierte en el asunto de si la identidad alcohólica de la familia será uno de los elementos que se depositarán en la cápsula del tiempo; el de si una identidad alcohólica formará parte del legado de la familia a las futuras generaciones. La familia debe aclarar su posición en lo que se refiere al alcoholismo, y condensar esa aclaración. Las conductas vinculadas con el alcoholismo que antes eran implícitas se vuelven ahora explícitas. Sigue una lucha para decidir si la familia adaptará los rituales y las rutinas a las necesidades de su integrante alcohólico. La familia se ve presionada a efectuar una declaración explícita en relación con el alcoholismo. Dos factores hacen que el paso a la última fase resulte traumático para la familia alcohólica. El primero es la extrema rigidez de las conductas reguladoras características de la familia alcohólica de la fase intermedia. El segundo factor, es el impacto potencial de la pérdida del alcohol a lo largo del desarrollo, puesto que es el elemento nuclear de la identidad. El alcohol es un tema de desarrollo tan importante para estas familias que su pérdida, cuando se produce, es muchas veces el estímulo para el paso de la fase intermedia del desarrollo a la última. Podemos hablar de cuatro opciones de la última fase en cuanto a la postconsolidación de la identidad de la familia: la familia alcohólica estable mojada, la familia no alcohólica estable mojada o de consumo controlado de bebida, la familia alcohólica estable seca y la familia no alcohólica estable seca.

Para finalizar con esta reflexión alrededor de la familia alcohólica es inevitable abordar el tema del tratamiento terapéutico. Partiendo de lo expuesto anteriormente Steinglass y los demás autores concluyen que al plantear la intervención es imprescindible tener en cuenta tres aspectos: el tratamiento del alcoholismo dentro de una terapia familiar; el usar las conductas reguladoras de la familia para la fase de evaluación y diagnóstico; y el pensar en un marco desarrollista de Historia de Vida partiendo de las tres fases de desarrollo de la familia alcohólica para el enfoque del diagnóstico y de la terapia.

Por último, plantear cuatro etapas en el rumbo de la terapia de una familia alcohólica típica. Una primera etapa de diagnóstico del alcoholismo y de definición de éste como un problema de familia. En la segunda etapa se trata

de eliminar el alcohol del sistema familiar. La tercera etapa se denomina la del desierto emocional, porque la familia pasa de mojada a seca y se encuentra inestable, sin hitos en los que orientarse. Se concluye el tratamiento en la cuarta etapa, de reestabilización de la familia y de organización de ésta, se trata de una fase de resolución.

1.6.2. Tratando el alcoholismo desde la perspectiva sistémica.

Inso kim Berg y Scott de Miller, afirman que no existe un solo método para tratar los problemas relacionados con el consumo del alcohol. Dentro de la Terapia familiar, estos terapeutas utilizan la Terapia Familiar Breve, centrado en un método basado en la solución.

No existe un solo método para tratar los problemas relacionados con el consumo de alcohol. No existe una sola estrategia. Su técnica es *una más* y se basa en los siguientes principios:

- **Concentrar la atención en los éxitos de los pacientes** para manejarse con sus problemas y no en sus fracasos. Se ponen de relieve las capacidades, recursos y habilidades de los pacientes. No buscar lo que está mal para arreglarlo, sino hallar lo que está bien para descubrir cómo usarlo.
- Un buen tratamiento implica suscitar, sacar del paciente las fuerzas, los recursos y los atributos saludables que se necesitan para resolver el problema en proceso. Esto se reconoce como **utilización**. Implica que el terapeuta debe de aceptar el marco de referencia del paciente para trabajar con él, P. Ej. Su religión, etnia, etc.
- **Visión atórica, no normativa y determinada por el paciente.** El terapeuta no trata un solo alcoholismo sino que trata con muchos alcoholismos diferentes. Debe renunciar al rol, de experto o maestro a favor del rol de aprendiz y servir al paciente indagando su particular manera de conceptualizar la dolencia que lo llevó a buscar tratamiento. Se usa poco tiempo en imaginar o explicar el porqué existe ese problema. Simplemente se acepta la visión del paciente en su significado literal y con ella se trabaja.

- **Parquedad.** El modelo centrado en la solución busca economía en los medios terapéuticos que se usan para obtener los fines terapéuticos deseados. La terapia solo agrega complejidad si es necesario. Aceptar la versión del paciente a cerca de su problema y elegir el tratamiento más simple y menos invasor posible. A eso se le llama trabajar desde arriba hacia abajo. Solo se necesitan en ocasiones cambios mínimos para empezar a resolver ciertas dificultades; y una vez el cambio se inicia, el paciente mismo iniciará nuevos cambios.
- **El cambio es inevitable.** El método centrado en la solución se basa en el supuesto de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no puedes dejar de cambiar y la terapia consiste muchas veces en identificar los cambios que se están produciendo naturalmente y en utilizarlos para llegar a una solución. En toda situación problemática hay momentos en que el problema no aparece o el paciente no lo considera problema. El terapeuta centrado en la solución busca los momentos en los que el problema no es problema.
- **Orientación hacia el presente y el futuro.** En vez de sumergirse en el pasado y buscar la raíz del problema el foco del tratamiento está en ayudar a los pacientes en su ajuste presente y futuro, a través de la “pregunta del milagro” a la que más adelante nos referiremos.
- **Cooperación.** Se trata de intentar ver el problema desde el punto de vista del paciente; de hablar su lenguaje; de trabajar desde su marco de referencia personal, de negociar un objetivo de tratamiento de consenso mutuo. En una relación terapéutica verdaderamente cooperativa , con solo el paciente debe cooperar trabajando con el terapeuta, sino que éste también debe trabajar con el paciente.

Relaciones de cooperación entre paciente y terapeuta. Cómo desarrollarlas.

La aceptación y el éxito del tratamiento aumentan drásticamente cuando el terapeuta coopera con el paciente permitiéndole establecer sus propios objetivos de tratamiento y trabajar para alcanzarlos.

Tres tipos de relación entre paciente y terapeuta:

1. Relación de tipo **comprador**: En el transcurso o al final de una sesión el paciente y el terapeuta juntos identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento. Además el paciente indica que se ve como parte de la solución y está dispuesto a hacer algo con respecto al problema. El terapeuta acepta trabajar con el paciente sobre el objetivo o la dolencia que han identificado y cree que es capaz de dirigir al paciente hacia la solución o el logro de sus objetivos.
2. Relación de tipo **demandante**. Los pacientes son capaces de describir su dolencia o su objetivo con lujo de detalles. Sin embargo no suelen visualizarse como parte de la solución y de hecho suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie. En este tipo de relación el terapeuta acepta explorar la dolencia o el objetivo junto con el paciente, y hacerlo de una manera encaminada a facilitar una nueva perspectiva que podría llevar a la solución
3. Relación de tipo **visitante**. Cuando al final de una sesión el terapeuta y el paciente no han identificado *juntos* una dolencia o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. El paciente que entabla una relación de tipo visitante no ve para cambiar ni mucho menos para estar en terapia. El terapeuta admite que tal vez no haya un problema que requiera terapia, pero manifiesta que sigue dispuesto a ayudar al paciente a determinar si hay algo más sobre lo que le gustaría trabajar.

Estas etiquetas están destinadas a describir el tipo de relación entre el paciente y el terapeuta y no las características, los atributos o los rasgos del paciente. Se pone pues énfasis en la relación en interacción entre terapeuta y paciente. El resultado del tratamiento depende tanto del paciente como del terapeuta.

- **Paciente difícil, resistente o negador**. El error en este caso lo suele hacer el terapeuta y así se comprueba en supervisión. El error radica en confundir una relación de tipo visitante con otra de tipo demandante o comprador. Se sugiere que el terapeuta reconsidere el tipo de relación planteada y luego trate al paciente en consecuencia.
- **Paciente comprador “oculto”** . La idea es que si bien un paciente puede no ser inicialmente un comprador para tratar los problemas por los que fue

derivado (por ejemplo el alcohol), bien puede suceder que lo sea para trabajar algún otro asunto que le preocupe.

- **Descubrimiento del “otro” comprador.** Con frecuencia tenemos en consulta a alguien que nos ha sido derivado por otra persona u organismo (cónyuge, empleador, judicial) o se la ha obligado a iniciar un tratamiento. Es muy útil entrar en contacto con la fuente de la derivación para descubrir cuáles son sus expectativas como resultado del tratamiento. Este contacto suele servir para favorecer la cooperación y comprometer a la fuente de la derivación en el proceso del tratamiento. Las fuentes de derivación *satisfechas* actúan en el sentido de reforzar los cambios logrados por las personas a las que derivaron.

Objetivos del tratamiento

Los pacientes acuden a terapia por una razón; la relación entre paciente y terapeuta es deliberada. Uno de los aspectos más importantes para trabajar con un paciente bebedor es saber cuándo se puede dar por terminada esa relación deliberada, estableciendo entre paciente y terapeuta un criterio para saber que han tenido éxito y que por tanto deben concluir la terapia.

Siete cualidades que deben tener los objetivos bien pensados:

1. Tener importancia para el paciente. Es más útil aceptar el objetivo del paciente y trabajar con ese objetivo que insistir en que el paciente tenga el objetivo “correcto” para el tratamiento que puede ser el del terapeuta, el del programa etc. Los bebedores problemáticos se sentirán más motivados para seguir el tratamiento y obtener resultados cuando son ellos mismos quienes diseñan sus objetivos. Cuando hay más de una persona implicada en el tratamiento se ha de indagar y reconocer el punto de vista de cada persona y luego hallar una zona de acuerdo entre todos los implicados.
2. Ser limitados. Los objetivos que el paciente se fije deben ser lo suficientemente limitados como para que pueda cumplirlos. Es una cualidad bien expresada en el viejo lema de Alcohólicos Anónimos “un día por vez”. Significa concreción. Por Ejemplo: Una copa un lugar de cinco, ,

no regañar al cónyuge bebedor, tomar un camino que no pase por un bar etc.

3. Ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta. Los objetivos formulados en términos vagos tienen el inconveniente que tanto al terapeuta como al paciente les resulta muy difícil saber si están progresando o no. Es por eso, que en aras a la eficacia de una terapia es mejor definir y concretar objetivos de un modo claro. Por ejemplo: pactar que alguien conducta el fin de semana, hablar sobre el tema del alcohol con la familia, no beber el viernes por la noche etc.
4. Plantear la presencia y no la ausencia de algo. Los objetivos que no contienen palabras negativas sino que se plantean como la presencia y no como la ausencia de algo hacen el tratamiento más eficaz. Es más fácil determinar si el comportamiento positivo ha sido realizado, resulta así más cómodo poner fin al tratamiento. Es muy difícil no hacer algo y es más útil definir lo que hará un paciente cuando el comportamiento problemático haya sido eliminado. Además cuando nos obligamos a no hacer algo se da la paradoja de que debemos pensar en la actividad que debemos evitar (convocar la imagen para luego tenerla que evitar).
5. Que los objetivos sean un comienzo y no un fin. Los objetivos deben describir los primeros pequeños pasos que el paciente debe dar y no el fin del recorrido. El terapeuta debe trabajar juntamente con el paciente para saber qué pasos exactos habrá que dar *primero* para lograr el resultado deseado. Algunos pacientes que en principio no desean participar en la terapia, una vez ven al final de la sesión que nos se les obligará a “curarse” ni se establecerán objetivos descabelladamente elevados pueden estar dispuestos a cooperar.
6. Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente. El paciente es en la mayoría de los casos la mayor y mejor fuente de información sobre lo que puede considerarse realizable respecto a él. Cuando un paciente plantea un objetivo irreal o inalcanzable, el terapeuta deberá trabajar con él para negociar un objetivo manejable.
7. Que se perciba que exigen un “trabajo duro”. Tiene como objetivo la protección y promoción de la autoestima del paciente que protegerá su dignidad ante la eventualidad de que no pueda alcanzar su objetivo.

También puede servir para abarcar las experiencias del paciente en el pasado, cuando trataba de enfrentar sus experiencias con la bebida. Muchos pacientes ya lo han intentado previamente por lo tanto afirmar que se trata de un “trabajo duro” es un punto sobre el que se concuerda fácilmente.

Los Objetivos y la relación entre paciente y terapeuta: Negociar y cooperar.

“Si siempre dices que las cosas van mal, tienes grandes posibilidades de ser un profeta” Isaac Bashevis Singer.

Para ser eficaces los objetivos bien pesados deben adaptarse a la relación paciente- terapeuta, en cierto modo personalizando el tratamiento.

¿Cómo establecer objetivos con un paciente involuntario?

El consumo de alcohol genera problemas legales y éticos y muchos programas de tratamiento se aplican a pacientes de los llamados “involuntarios” es frecuente en estos casos que la reacción del terapeuta sea la de preocuparse más que el paciente mismo, o sea reaccionar de forma exagerada frente a la minimización del paciente. Entonces es muy probable que le terapeuta se convierta en un “comprador” de sus propios servicios.

El tema radica en que muchos terapeutas ven a los pacientes en estos casos como “compradores” cuando son sólo visitantes. Si se evalúa correctamente esta importante circunstancia provocará que el paciente se sienta respetado. Para evitar sentirse frustrado con este tipo de pacientes y avanzar en la dirección deseada:

- Descubrir qué es lo que quiere el paciente. La actitud del terapeuta debe ser de sinceridad y de respeto a la autodeterminación del paciente para establecer objetivos y confiar en que él tiene inteligencia suficiente para descubrir qué es lo que le conviene. A veces no es fácil ya que el paciente no sabe lo que quiere, habrá que dedicar alguna sesión para ayudar al paciente a descubrir lo que es importante para él.

- Acepte el objetivo del paciente, acepte lo que está dispuesto a hacer y deje de lado *su* pensamiento sobre lo que él *debería* hacer; y sea comprensivo con su mala situación. Utilice la técnica de la empatía y trate de imaginar lo duro que puede llegar a ser hallarse sentado frente a Vd. como paciente. Ponerse de parte del paciente, no de la Ley, del empleador ni de tráfico.
- Elogie al paciente. Quien acude a terapia por obligación tuvo la oportunidad de no acudir o de no aceptar las exigencias del quien se lo ha impuesto, asumiendo las consecuencias de su negativa. La motivación que está detrás de su asistencia radica en un deseo de minimizar conflictos en su vida. Este hecho se debe evaluar por el terapeuta de forma positiva. Ergo debe de ser elogiado y buscar cosas que merezcan elogio.
- Pedirle al paciente su opinión sobre las exigencias de la persona que lo derivó. La mayoría de los pacientes visitantes entienden que se les obliga a ir a terapia y por ello casi nunca son solidarios, francos ni honestos con sus problemas con el alcohol. Sin embargo siempre están dispuestos a corregir las ideas erróneas acerca de ellos mismos. Cuando el paciente piensa que se lo ha calificado erróneamente está ansioso por corregir el error. Aún cuando el paciente llegue a tratamiento “voluntariamente” suele ser necesario evaluar su visión de hasta dónde la bebida es un problema para él. Y hasta dónde él se considera parte de la solución del problema de la bebida. Hay que poner énfasis en lo que es bueno para el paciente desde *su* punto de vista.

Negociación de objetivos con un “demandante”. En principio un paciente de este tipo no ve la relación entre los problemas y el papel que el mismo puede desempeñar en la solución. Tiene tendencia a pensar que las soluciones están en manos de otras personas. Las soluciones giran en torno a ayudar a otro a cambiar en lugar de centrarse en la idea de introducir cambios en la propia vida. Se sienten “víctimas de la borrachera de otro” “víctimas de la genética” etc.

- Necesitan ser convalidados y autorizados por un terapeuta que les ayude a reconocer la necesidad de producir cambios en su propia vida.

- Una buena solución estratégica para ayudar al paciente a hacerse cargo de sus problemas consiste en guiarlo gentilmente en busca de soluciones. Importante considerar a los familiares como aliados decisivos y fuente potencial de recursos para el tratamiento y no como estorbo.
- Abstenerse por parte del terapeuta de dar soluciones rápidas y fáciles a menos de que exista por parte del paciente un indicio de descubrimiento de que él puede formar parte del proceso de descubrimiento de las soluciones.

Establecimiento de objetivos con un “comprador”

El comprador es el paciente ideal que se hace responsable no sólo del problema sino también de los pasos que hay que dar para solucionarlo. Su característica más importante es su disposición para asumir responsabilidad de cambiar el futuro.

A pesar de que el terapeuta tenga claro de que la única solución posible es la completa abstinencia debe respetar la idea del paciente comprador de “reducir el consumo” y nunca debe sentirse presionado.

- ◆ Elogiar al paciente por todos los intentos y destacar todo logro.
- ◆ Aceptar cualquier razón que presente el paciente para iniciar el tratamiento.
- ◆ Concentrarse en los intentos aún mínimos hechos por el paciente y repetir lo que el paciente sabe hacer.
- ◆ Ser cauteloso al fijar objetivos.
- ◆ Formular preguntas detalladas a cerca de las pautas de comportamiento de los pacientes, para que ellos vayan interiorizando sus pautas y sus éxitos.

Negociación de objetivos con no bebedores.

Cuando el cónyuge no bebedor busca ayuda para contener el daño que ya ha causado o esta causando la adicción al alcohol por parte de su pareja y se niega a participar en terapia, la mayoría de los terapeutas lo tildan de codependiente y sugieren que entre en tratamiento o lo instan a interrumpir la relación con su cónyuge. Pueden ser respuestas adecuadas pero se advierte

contra una recomendación ciega sin una evaluación cuidadosa de los objetivos. .

La manera en que el familiar no bebedor ve al bebedor determina hasta que punto el no bebedor está dispuesto a resolver los problemas y qué está dispuesto a hacer. Según la perspectiva adoptada los pasos necesarios serán muy distintos. Puede considerar que él necesita hacer algo para cambiar el modo de beber de su familiar; puede considerar que lo que hay que cambiar es el modo de beber del familiar y otro habla de la influencia de los amigos del hijo.

Hacia la solución: ¿Cómo entrevistar con miras al cambio?

Partamos de la idea de que nuestras hipótesis afectarán a nuestro juicio acerca de las personas que vamos a entrevistar y la índole de nuestras interacciones con ellas. Mientras más se le pida al paciente que repita sus historias de éxito, más se convencerá de que las soluciones que puso en práctica eran exactamente las adecuadas para su caso.

En la terapia centrada en la solución paciente y terapeuta se unen para formar una unidad terapéutica basada en la cooperación y en la confianza mutuas.

Cinco preguntas útiles:

- a) Las que destacan el cambio previo a la sesión. A veces los pacientes ya han introducido cambios solo al saber que tienen una cita con nosotros, pero no hablan espontáneamente de los mismos, el terapeuta debe indagar.
- b) Preguntas para encontrar la excepción: exaltar los éxitos del momento y del pasado.
- c) Los milagros existen. Preguntas por el milagro Orientar al paciente hacia un estado futuro en que el problema ya está resuelto y él puede saborear el exitoso fin de la terapia (Si los milagros sucedieran ¿Qué será la primera cosa que le indicará que durante la noche se ha producido un milagro y que el problema que lo trajo aquí ya está resuelto?). Con ello infundes al paciente esperanza y visión de posibilidad.

- d) Clasificar según una escala. Cuando se le pide al paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos emocionales y nivel de autoestima, le terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber. Es también muy útil para establecer prioridades del paciente en la que puede ser la lista de sus necesidades.
- e) Preguntar al paciente cómo enfrenta su problema. Esta pregunta suele dar buenos resultados ya que cuestiona delicadamente el sistema de creencias del paciente y sus sentimientos de desesperanza, y la mismo tiempo, lo orientas hacia la sensación de haber tenido o de tener cierta medida del éxito. Por Ejemplo Después de su terrible experiencia dígame ¿Cómo hace para seguir adelante todos los días? Se pueden sorprender al principio pero después suelen reconocer poco a poco que tienen capacidad y recursos. Es preciso recordarle al paciente que debe de vivir en compartimentos estancos y día a día enfrentado asuntos.

Componentes, tipos y administración de las intervenciones terapéuticas.

Se considera la intervención como una parte de la estrategia de tratamiento en la cual el terapeuta en la cual el terapeuta ayuda al paciente a descubrir sus propias soluciones al problema.

En lugar de detener la bebida problemática , el método más eficaz y económico consiste en suscitar y ampliar las buenas soluciones ya existentes, que han sido generadas por el paciente, siendo el proceso terapéutico una vía para llegar a negociar el proceso de tratamiento según las singulares soluciones del paciente y su visión del mundo. A continuación se detallan posibles comportamientos del terapeuta para fomentar la cooperación al tratamiento:

- ◆ La consulta dentro de la sesión y método de equipo. Tal como trabajamos en familias (con espejo, equipo, pausa etc.) Particularidades:
 1. El Terapeuta debe destacar los esfuerzos positivos del paciente.
 2. Utilizar la misma terminología que el paciente.

3. Aceptar los mismos objetivos que el paciente y expresarlos de modo positivo.
4. Destacar que el esfuerzo será duro lo que aumentará la motivación de paciente y no lo dejará mal parado frente a posibles fracasos anteriores.
5. Dar una explicación lógica a las tareas que se le propongan con el fin de lograr que el paciente quiera acudir a la segunda sesión.
6. Intentar hablar, lenta cuidadosamente y con autoridad.

Personalizar la tarea.

Intervenciones o “tareas terapéuticas” dependen del tipo de paciente que sea: Si es un “visitante”. En este tipo de paciente deberá buscar pequeñas cosas en las que el paciente esté haciendo un esfuerzo ya que lo normal es que el paciente no esté dispuesto a aceptar las sugerencias del terapeuta ni a realizar las tareas que éste le proponga

Si es un “demandante”. Como que el paciente cree que la solución está en otra persona es importante modificar la percepción que el paciente tiene del problema y la solución al mismo. Las indicaciones terapéuticas deberán centrarse en *pensar y observar*.

Si es un “comprador”, el paciente está dispuesto a tomar medidas para resolver problemas y se percibe a sí mismo como participante activo en el proceso. Una primera tarea terapéutica está en identificar junto con el paciente cuál podría ser la primera medida activa que debe tomar, el primer paso que debe dar.

Estrategias en general de intervención:

- ◆ Elogios: reconocer la visión del mundo del paciente aceptando su historia y aliviando su frustración al tener que admitir anteriores fracasos. El elogio debe ser sincero y honesto: así generará en el paciente un sentimiento de confianza hacia el terapeuta.
- ◆ Aceptar los objetivos del paciente. Los que el paciente elige, no los que decide el terapeuta.
- ◆ Hacer más de lo que funciona. No hay una idea *correcta* de hacer las cosas.

- ◆ Intentar desencadenar el cambio previo a la sesión. Ya desde la cita del teléfono indicar que vayan pensando las cosas que van bien en la vida y que al paciente le gustaría que siguieras así.
- ◆ Buscar las excepciones a la bebida en momentos determinados. ¿Cómo lo hizo ese día en que no bebió en esa ocasión?
- ◆ Mirar al futuro después del “milagro”. ¿Qué pasaría si Ud. ya no tuviera ese problema con la bebida?

Cuando nada parece funcionar:

- ◆ Observar lo que hará el paciente cuando supere el impulso de beber, como si se tratara de un impulso que solo requiere cierto control. Incidencia dentro del campo de la hipnoterapia ya que se crea una sugestión hacia el paciente de que tendrá éxito.
- ◆ Remarcar y observar lo que va bien en la vida.
- ◆ Escisión entre terapeuta y equipo. Una parte apoya el dilema del paciente de si podrá dejar de beber y la otra o el terapeuta afirma que si podrá.
- ◆ Si no hay equipo utilizar técnicas como la de “tirar la moneda” que es una técnica consistente en indicar al paciente que cada mañana lance una moneda al aire, si sale cara deberá actuar como si hubiera acontecido el milagro y ya no hubiera problema con el alcohol, si sale cruz deberá actuar como siempre. Por favor preste atención a las diferencias posibles en el modo de beber.
- ◆ El terapeuta deberá escuchar al paciente sin presuponer nada. Esta obviedad es a veces difícil ya que se da mucho el hecho de que el terapeuta puede ir varios pasos más adelante que el paciente.

Estrategias para mantener y favorecer el progreso.

Una de las mayores preocupaciones de los que trabajan en el campo de los bebedores es cómo mantener los logros tanto durante el tratamiento como después. El control de la ingesta es más fácil durante el tratamiento que una vez finalizado.

En el modelo que nos ocupa en lugar de centrar los esfuerzos del tratamiento en las situaciones de “alto riesgo”, el enfoque centrado en la solución se concentra en las situaciones de “alto éxito”. El terapeuta dedica la mayor parte del tiempo juntamente con el paciente a favorecer las situaciones en que el paciente probablemente tendrá éxito.

En relación a los retrocesos, se trata de hacer ver al paciente que se halla en constante flujo y cada retroceso que experimente será diferente, y esta diferencia puede ser que en cada retroceso deja de beber antes y que cada vez es diferente porque la experiencia subjetiva del paciente es diferente, aún a pesar de que los factores externos de su vida puedan no haber cambiado.

1.7. Investigaciones recientes sobre el tratamiento del alcoholismo en terapia familiar.

La literatura especializada en terapia sistémica y alcoholismo es escasa comparada con la intervención familiar en casos de psicosis o drogodependencias. Tradicionalmente el tratamiento del alcoholismo ha sido abordado desde una perspectiva biologicista en una primera fase (desintoxicación con hospitalización y medicación) y en una segunda fase con intervenciones individuales y grupales a nivel residencial o consulta externa, consiguiendo mucho éxito el modelo de grupo tipo Alcohólicos Anónimos muy extendido en la comunidad clínica internacional.

La mayoría de investigaciones clínicas actuales en EEUU se centran en tres grandes temas: los efectos orgánicos del consumo de alcohol, efectos conductuales en los hijos de padres alcohólicos y la efectividad de nuevos tratamientos de patología dual, que incluyen la comorbilidad de un diagnóstico de trastorno mental severo y la dependencia de sustancias. Nuestra investigación intentaba recoger estudios previos que correlacionaran factores relacionales de familia de origen con síntomas depresivos y alcoholismo. A continuación incluimos una revisión bibliográfica de las investigaciones más significativas para nuestro estudio, que barajan la eficacia de la terapia familiar para tratar el alcoholismo desde una perspectiva sistémica y como se tienen en cuenta variables de género y diagnóstico de trastorno afectivo, más específicamente depresión. Concluimos con una comparación de diferentes aproximaciones terapéuticas y si estas tienen en consideración o no la inclusión de otros miembros de la familia.

Siguiendo la línea de Steinglass, Alexander (1977), se interesa en los efectos en la familia durante la recuperación de pacientes alcohólicos, describe los resultados de su estudio con familias de drogodependientes y añade que los alcohólicos son vistos por sus familias como “incompetentes” para salir adelante lo que contribuye a las recaídas. Así mismo este autor defiende en los años 70 que la terapia familiar es básica para la nueva reformulación por parte de la familia del individuo drogodependiente. Explica como la terapia ayuda a

reconstruir una visión positiva del individuo que le ayuda en la integración social imprescindible para la rehabilitación. El autor se basa en el estudio de 17 familias de drogodependientes en las que observa como el paciente no tiene opción a demostrar su eficacia ya que cree que es dependiente de sus padres para tomar decisiones y resolver problemas, los padres aceptan esta responsabilidad y no favorecen que el adicto tenga iniciativa y voluntad propia.

No es hasta 1983 que se publican más estudios que defienden la terapia de pareja y familiar más que la terapia individual para tratar pacientes alcohólicos. Los resultados (Hafner, 1983) describen como la terapia de pareja conlleva clínicamente una mejora en los síntomas a tratar pero incrementa la insatisfacción marital en ambos miembros a los tres meses después de iniciar el tratamiento. El planteamiento de terapia estructural y de roles familiares que puede presentar esta terapia modifica la homeostasis en la que la pareja ha convivido durante tiempo, enciende heridas y necesidades no expresadas. Por eso el autor nos avisa de prevenir ciertas crisis una vez iniciado el tratamiento, que a largo plazo pueden ser resueltas por una relación más sana y constructiva. Otro estudio destaca que el género influye en los resultados de la terapia, un tema muy observado por diferentes autores. Wiens y Menustik (1983) encuentran que los hombres alcohólicos se benefician más de la terapia de pareja y familiar que las mujeres con problemas de bebida. Para ellas consideran más efectivo el tratamiento individual. En todos estos estudios se destaca la importancia de valorar desde un inicio la implicación real de la familia, ya que el tratamiento requiere una inversión emocional y dedicación que si no es suficiente puede causar los efectos contraproducentes. Por ello recomiendan una evaluación de la disponibilidad familiar para el tratamiento así como la evaluación de posibles trastornos en otros miembros de la familia.

Otro estudio (Cooklin, 1983) promueve la creación de una unidad de hospital de día de familias, en el cual se tratan familias con más de un miembro con problemas psiquiátricos y diagnóstico dual, el centro funciona creando una familia extensa artificial como método terapéutico para la establecimiento de límites, negociación de rituales y tareas diarias.

Steinglass, el autor de “la familia alcohólica” publica un artículo en 1995 en colaboración con el Ackerman Institute (Edwards, 1995) acerca de los resultados de Terapia Familiar para alcohólicos. La terapia familiar es más efectiva en una primera fase de rehabilitación ya que ayuda al adicto a iniciar un tratamiento. Una vez iniciado el tratamiento la efectividad de la terapia familiar depende de otros factores como: género, duración y calidad de la relación y percepción del posible apoyo de la pareja para mantener la abstinencia. En general se observa el tratamiento familiar como un complemento a tratamientos existentes cognitivos y conductuales, individuales y grupales.

Textos más recientes publicados por Góngora y Beyebach (1995) describen que los profesionales reclaman un papel más importante de la familia en el tratamiento del adicto. En la mayoría de tratamientos se maltrata, ignora y culpabiliza a la familia de la adicción y se la ve como un agente negativo de recaída más que un recurso de ayuda terapéutico. La terapia familiar puede ser muy útil en la reorganización familiar para enfrentarse al estrés que conlleva la desintoxicación con recursos estructurales estratégicos y psicoeducativos. El terapeuta ayuda a la familia a tolerar la frustración y adquirir tolerancia. Todo ello podría contribuir a la reducción de recaídas y/ o hacerlas más cortas y prevenir crisis.

En el mundo oriental también hay algunos estudios que confirman la efectividad del planteamiento del tratamiento familiar y de pareja en pacientes alcohólicos. Las principales diferencias entre las interacciones familiares en estudio hindú (Suman y otros, 1995) entre familias alcohólicas y no-alcohólicas eran relacionadas a:

- estilos de comunicación pobres
- bajo apoyo y calidez en el hogar.
- violencia doméstica.
- roles poco efectivos.

“**Adult Children of Alcoholics**”, es una organización nacida posteriormente a Alcohólicos anónimos y muy activa en EEUU actualmente, en la que se reúnen a los hijos de alcohólicos en grupos de apoyo terapéutico. Este colectivo dice sufrir de un síndrome característico y único debido a sus orígenes en el seno

de una familia alcohólica, en el que destaca la inhibición de su desarrollo como personas sanas debido a crecer en un entorno poco seguro y disfuncional de la una familia alcohólica. Defienden la idea de que las familias alcohólicas la capacidad de expresión de sentimientos esta limitada. Desde esta organización se postulan 4 tipos de familias alcohólicas:

1. El sistema se mantiene gracias al alcoholismo activo, ambas generaciones tiene problemas de ser hijos de alcohólicos y alcoholismo personal, aspectos no resueltos que pasan de una generación a otra.
2. Familia seca nunca tratada, que no ha resuelto situaciones criticas del pasado y que continúan latentes en la familia. En este sentido los hijos de estas familias se encuentran en conflicto debido a temas pendientes.
3. Familia alcohólica residual el sistema activo del alcohol no existe desde hace una o dos generaciones pero se manifiesta en el comportamiento de sus miembros aunque el alcohol ya no exista.
4. Familia no alcohólica en la que un miembro se vuelve alcohólico, ya sea debido a patrones disfuncionales o a factores del entorno.

Otra descripción interesante es la de las diferentes posiciones que toma el miembro alcohólico en la familia y como modifica las necesidades de los otros miembros, las cuales pasan a ser secundarias o ignoradas para facilitar el funcionamiento en el hogar. Los roles típicos a encontrar en familias alcohólicas son:

1. El cuidador/a: Uno de los padres toma este rol, cubre las necesidades de todos y no se cuida a si mismo. En familias alcohólicas de varias generaciones, esta figura recae en un hijo lo que conlleva una patología más grave. El cuidador da la cara al mundo exterior y no puede establecer relaciones sanas con el exterior debido a la carga emocional que su tarea conlleva.
2. El Héroe: la persona que consigue todos los éxitos para compensar el desastre del alcohólico. El hijo/a es sobresaliente en música, atletismo, música o teatro. Su tarea es levantar la autoestima de la familia. El héroe solamente se valora por sus retos y no por sus necesidades internas, lo que a largo plazo conlleva poca satisfacción.

3. La mascota/Animador. El payaso de la clase, el mas popular por sus gracias, la risa provoca una evitación del conflicto y poca resolución, esta persona muestra poca capacidad para darse cuenta cuando la broma ya no hace gracia.
4. Cabeza de turco (Scapegoat): Ejemplo: “mama no bebería tanto si tu no nos dieras tantos problemas”. Este individuo tiene problemas con la autoridad y con la ley, la escuela o el trabajo. Esta persona llama la atención para evitar el conflicto con el alcohólico lo que le permita seguir bebiendo y mantener la homeostasis familiar. El problema es que sin este rol en la familia, los demás miembros no tendrían un propósito de unión y les da una sensación de control. El alcohol toma un segundo plano para que el “oveja negra” se identifique como el problema real.
5. El niño perdido, al que no se pone atención y pasa horas delante del ordenador. Debido a su vida sedentaria este niño tiende a tener problemas de peso.

En el caso de la relación de pareja se observa la utilización del alcohol para evitar la mutua depresión (Steinglass, 1977). El estudio hace observaciones de “parejas alcohólicas” hospitalizadas conjuntamente, durante estados de intoxicación y sobriedad. Uno de los miembros es alcohólico, experiencia de tratamiento intensivo de seis semanas en parejas y en grupo. En ambos casos se observa la utilización del alcohol para la solución de problemas relacionales, cuando hay situaciones que se repiten de una forma crónica el alcohol ofrece una solución ante una posible rotura matrimonial. En otro caso como la herramienta que permitía iniciar actividad sexual. Durante la hospitalización se anima a la pareja a reproducir los patrones de conducta alcohólica y relacional que se llevaban a cabo en casa. El estudio confirma que los estados de embriaguez presentan patrones de conducta más predecibles que los estados de sobriedad. La falta de variabilidad en las interacciones demuestra una rigidez extrema en la resolución de conflictos y nuevas situaciones-problema, en la demostración de afecto y compartir información. En general muestran una variedad restringida de opciones de respuesta.

Es importante destacar que aunque las parejas pensaban conocer como respondía su pareja en estado de embriaguez, no fue así, no pudieron predecir como se relacionarían si había consumo de alcohol, tenían una percepción errónea de los efectos del alcohol en la pareja.

Ejemplo: “una pareja que pensaban ser rechazados bajo los efectos del alcohol, se mostraron más cariñosos. Otra pareja que describió sentirse deprimidos, mostraron rabia y activas discusiones cargadas de afectividad” “Otra pareja que predijo sentirse con más facilidad para conocer a gente desconocida, se observaron más distantes y se alejaron de otras parejas una vez empezaron a beber”(Steinglass, 1977).

Así el estudio destaca al Alcohol con una **función adaptativa** para estas parejas. En general describen 3 áreas de efectividad del alcohol en la solución de problemas:

- problemas psicológicos en un miembro, (“el alcohol me ayuda a olvidar”)
- solución a un estado crítico entre dos miembros pero que no se atribuye una confusión clara en ninguno de ellos (“necesito tomarme un respiro”).
- ajuste de una pareja ante una situación social un entorno determinado (“vamos a alegrarnos un poquito”).

Estudios más recientes en Europa destaca la importancia de incluir la familia en los objetivos iniciales del tratamiento. Por ejemplo Anastassiou (1996) propone introducir la crisis del funcionamiento homeostático. Estos investigadores creen que el alcoholismo se desarrolla en un momento de individuación determinado después de la transmisión tri-generacional de patrones de conducta que organizan la familia. El tratamiento tradicional fracasa y provoca la fácil recaída porque muy pocas veces se incluye a la familia. Así, además de la abstinencia estos autores imponen como necesario la modificación de relaciones dentro de la familia para conseguir un tratamiento exitoso.

Las terapias de grupo tradicionales dirigidas a alcohólicos no parecen ser tan efectivas si no se considera el componente de problemas de ansiedad, depresión o psicosis. Kelly y sus colaboradores en estudio del año 2003

destaca la importancia de abordar los síntomas depresivos en pacientes que atienden grupos de rehabilitación por alcoholismo. En EEUU estos grupos se están especializando más en atender a miembros que han sufrido depresión mayor y alcoholismo (diagnostico dual), este enfoque ayuda a una futuro éxito de integración social una vez terminado el tratamiento.

Alcohólicos Anónimos (AA) nace en los años 50 con la publicación de un libro que describía las experiencias de un grupo de hombres que querían dejar de beber. La definición de Alcoholismo de esta organización es la siguiente : *“el alcoholismo es una enfermedad incurable que se caracteriza por una pérdida de control progresiva al beber”*. Actualmente es una organización que ha traspasado fronteras políticas y culturales y se ha diversificado para ayudar a otras patologías (Comilones Anónimos, Co-dependientes anónimos, Narcóticos anónimos) y además se ayuda no sólo al “enfermo” sino a sus familiares con Alanon, en donde los familiares aprenden a aceptar las resistencias, las recaídas que comporta la sobriedad y también los cambios de estado de ánimo. De echo el éxito de estos grupos se relaciona a nivel sistémico, en la sensación de pertenecer, de una nutrición emocional por parte del grupo que sustituye casi el entorno familiar. El miembro atiende regularmente, sigue unas normas, comparte emociones y es aceptado con la guía de otro miembro más experimentado. Muchas críticas a esta aproximación exponen que el individuo sustituye una adicción al alcohol por la adicción al grupo, la cronicidad de la enfermedad causa una dependencia vital a los encuentros.

En 1997 otro estudio compara las relaciones entre parejas donde el hombre, la mujer, ambos o ninguno de los miembros tienen un problema con el alcohol. Los resultados destacan que las parejas de mujeres alcohólicas en las que el hombre no bebe, muestran altos niveles de negatividad en estados de “no bebida” que se normalizaba con el consumo de alcohol. Lo que sugiere que el alcohol tiene una función adaptativa para estas parejas. En el caso que ambos sean alcohólicos la negatividad incrementa cuando ambos beben, lo que sugiere que la concordancia tiene una función mal adaptativa en la relación de pareja. Las parejas de hombre alcohólico son las que se parecían más a las parejas no alcohólicas, en el sentido que demostraban alta negatividad en

estados ebrios, y que en general describían niveles de negatividad tanto se bebiera como si no se bebiera.

Aproximadamente entre un 30 y 40% de personas diagnosticadas con problemas con el alcohol, también tienen un diagnóstico de Trastorno afectivo alguna etapa de su vida. Aunque las estadísticas destacan más mujeres que hombres con este doble diagnóstico. Diagnóstico doble también más frecuente en pacientes que tienen una historia de alcoholismo en la familia de origen. Además los pacientes de diagnóstico doble están en alto riesgo de atentar contra su vida y suicidarse.

Metabólicamente hablando el alcohol es una sustancia característica por dos razones: 1. El cuerpo no la digiere y es absorbido directamente hacia el riego sanguíneo. 2. Aunque contiene calorías (o sea que en principio debería dar energía una vez se ha metabolizado), estas no son acumulables. Esto quiere decir que no se convierten en lípidos o proteínas que sean reutilizables por el cuerpo y se acumulan y hacen que el cuerpo tenga menos capacidad para quemar calorías por energía.

Si conocemos los efectos del alcohol en el cuerpo, también sabemos que tiene efectos en el funcionamiento del cerebro y los neurotransmisores. La **serotonina** se ha relacionado tanto con depresión, agresividad, impulsividad y regulación de peso corporal. Estudios con primates han llegado más lejos y han relacionado bajos niveles de Serotonina con impulsividad agresiva y consumo excesivo de alcohol.

En este sentido un estudio del año 1990, describe como las mujeres absorben más cantidad del alcohol que beben, así que son más susceptibles al consumo de alcohol. Las mujeres beben más para reducir tensión personal y con efectos farmacológicos y los hombres beben con la expectativa de incrementar su vida social y valoración personal (1987, Mooney).

El alcohol deprime el sistema Nerviosos Central, actúa como un anestésico. El sistema nervioso central de un alcohólico desarrolla una tolerancia al alcohol

superior que el bebedor moderado. Esta tolerancia puede tener un origen genético o se desarrolla a lo largo del tiempo. Así, el tiempo de dependencia o consumo activo influye en las conductas del bebedor. Muchos adultos recurren al alcohol como un sedante diario y euforizante intermitente en las ocasiones prescritas por la sociedad, sin que ellos ni sus amigos ni parientes lo consideren un problema. El alcohol es vendido como glamoroso hasta que se toma demasiado pronto en el día y la persona se “anestesia” demasiado a menudo. Los criterios diagnósticos son vagos, pero se considera un alcohólico la persona en la que su afición al alcohol interfiere con su funcionamiento social o sus relaciones.

Existe la figura del co-alcohólico, que consiste en el compañero del alcohólico, que suele tener una vida social hiperactiva. Este tipo de parejas o familias acostumbran a tener una vida social llena de alcohol. La habitualidad de su consumo hace difícil de detectar el problema, muchas veces no llega a afectar las relaciones sociales, sino que se detecta por los cambios de humor y estado de ánimo de los miembros de la familia.

A nivel hormonal, el alcohol reduce la producción de testosterona en hombres, lo que puede causar atrofia testicular e impotencia. Los alcohólicos se conciben como personas viriles y sexualmente desinhibidas, esta claro que el alcohol desinhibe y facilita el contacto social pero no ayuda en la intimidad, causando respuestas excitatorias más pobres durante relaciones sexuales. Las nuevas tendencias en tratamiento para alcohólicos, incluyen la diferenciación del diagnóstico dual, la existencia de un problema de salud mental y /o de drogodependencia.

2. OBJETIVOS

Nuestro estudio se basaba en el proyecto de contactar con un grupo de pacientes alcohólicos para poder explorar diferentes ítems. Nuestros objetivos se centraban en los siguientes temas:

- Analizar los patrones relacionales de la familia de origen del alcohólico en los ejes de parentalidad y conyugalidad.
- Comparar los resultados con la teoría relacional de Juan Luis Linares y Carmen Campo sobre los trastornos afectivos (depresión mayor).
- Observar diferencias de género en cuanto al alcoholismo.
- Detectar diferencias entre sexos en la expresividad emocional aprendida de los alcohólicos.
- Recoger datos significativos sobre el síntoma (ingesta de alcohol), y la dinámica familiar que lo rodea.
- Analizar la conyugalidad y la parentalidad de los sujetos alcohólicos en sus familias creadas.
- Valorar la efectividad, la disponibilidad y aceptación de los pacientes y sus familias hacia la terapia familiar como tratamiento.

3. HIPÒTESIS

Partiendo de los objetivos anteriores, nuestra investigación pretende corroborar o refutar las siguientes hipótesis:

- La mujer se deprime y el hombre se alcoholiza, entendido como una forma de expresar una depresión subyacente en los hombres.
- Las mujeres tienen más permiso para expresar y sentir tristeza y los hombres tienen más permiso para sentir y expresar rabia.
- Los trastornos afectivos (depresión mayor) y el alcoholismo comparten patrones relacionales en cuanto a parentalidad y conyugalidad en la familia de origen y de creación del paciente identificado.
- El alcoholismo es un trastorno que organiza a los miembros de la familia, y tiende a crear cohesión familiar alrededor de la conducta sintomática.
- La terapia familiar es una alternativa válida y efectiva como abordaje terapéutico para la rehabilitación del alcohólico y su familia.

4. METODOLOGÍA

4.1. Procedimiento

En una primera fase entrevistamos a una familia con un miembro alcohólico que hacía la demanda de una terapia de pareja. Los vimos en tres sesiones, siguiendo el protocolo de entrevistas semiestructurado antes descrito y completamos su familia de origen y creada. Al terminar la evaluación se les devolvió un informe con nuestras impresiones diagnósticas y recomendaciones. Basándonos en estas tres entrevistas, pudimos diseñar un cuestionario más claro y conciso, auto administrable.

En una segunda fase, para poder proceder a la pasación de cuestionarios que habíamos diseñado, nos pusimos en contacto con diversos centros de tratamiento para toxicodependientes. Pudimos contactar con 7 centros, de los cuales finalmente sólo de 4 obtuvimos su conformidad y colaboración (anexo 8.1).

La pasación de los cuestionarios se realizó finalmente con pacientes en el centro de día del hospital de Sant Pau, Consultas externas del Hospital de Sant Pau (asistentes a terapia de grupo), Asociación de alcohólicos rehabilitados Santa Rosa (Santa Coloma de Gramanet) y el CAS Hospitalet.

En primer lugar, para poder proceder a la pasación de los cuestionarios elaborados, debíamos esperar el consentimiento de los responsables de los centros colaboradores (anexo 8.2).

En segundo lugar se informa a los pacientes de los objetivos de nuestro estudio, se les garantiza el anonimato y uso de la información de forma confidencial y se les pide su consentimiento escrito.

Después de la pasación del cuestionario (anexo 8.3) analizamos los resultados cualitativos y cuantitativos de una forma descriptiva. Son de interés especial

para esta investigación los datos sobre parentalidad, conyugalidad, nutrición emocional y patrones relacionales de la familia de origen del paciente identificado y de la familia de procreación.

Finalmente se procede a la selección de los datos más destacables y al análisis de los mismos. Respecto al cuestionario, debido a que muchas preguntas del mismo los sujetos de la investigación no estaban representados (no respondidas), nos llevó a decidir eliminarlas y por tanto no tenidas en cuenta en nuestro análisis.

Por ello, esto nos hizo llegar a la conclusión que en estudios posteriores este cuestionario deba ser revisado y modificado.

4.2. Instrumentos utilizados:

1. Protocolo- entrevistas semi-estructuradas 1ª, 2ª y 3ª sesión (en las que se exploraba; definición del problema, familia de origen y historia de pareja respectivamente) a pacientes alcohólicos varones con sus parejas. Diseñadas por Juan Luis Linares y Carmen Campo en su investigación sobre la depresión (2000) con algunas variantes que tengan que ver con la especificidad del alcoholismo en nuestra investigación. En nuestro estudio solo se ha podido realizar en una ocasión. En ella se estudia la historia de alcoholismo, la historia familiar de cada miembro y la historia de pareja, entre otras variables.
2. Debido a la dificultad para encontrar muestra accesible a las entrevistas, se elaboró un cuestionario (anexo 8.3) que las resume. Son cuestionarios autoadministrados, con respuestas dicotómicas en su mayoría y que apenas requieren más de 30 minutos para responderse.
3. Para poder llevar a cabo la pasación de los cuestionarios a los sujetos de nuestra muestra era necesario crear una carta de consentimiento y participación en la cual al mismo tiempo garantizáramos a los colaboradores el total anonimato y confidencialidad de la información y datos recogidos (anexo 8.1 y 8.2).

4. Utilización del Paquete informático SPSS- X (Statistical Package for Social Sciences) en la versión 9.0 para el análisis y descripción de los resultados obtenidos.

4.3. Tipo de muestra:

Sujetos

La muestra de este estudio (aquellos que participaron en la pasación del cuestionario) está formada por treinta y cinco sujetos , 23 hombres y 12 mujeres. Todos ellos han sido diagnosticados, según los criterios del DSM IV, de Dependencia a alcohol así como también todos ellos están recibiendo en la actualidad algún tipo de tratamiento de desintoxicación.

De nuestra muestra, 28 de ellos están o han estado casados y sólo 7 continúan solteros. En el 25'7% de toda nuestra muestra no han tenido hijos aunque por contra más del 40% proviene de una familia numerosa.

Nuestros pacientes empezaron su consumo de alcohol sobre todo antes de los 20 años aunque en el 48% de los sujetos no tomaron conciencia de su problema con el alcohol pasados los 40 años y en el 77'1% han iniciado más de una vez tratamiento de desintoxicación.

En el 60% de todos ellos hay antecedentes en su familia de consumo de alcohol.

En cuanto al patón relacional en la familia de origen de nuestros sujetos, prevalece con un 40% la complementariedad clara entre los progenitores.

Familia (anexos: 8.4 – 8.8)

- Datos Personales: La pareja que se entrevistó para nuestro trabajo de investigación consultó a nuestro equipo por dependencia a alcohol por parte del varón y por problemas de relación conyugal.

El PI tiene 47 años, está en paro y su lugar de procedencia es Cataluña. La cónyuge tiene 41 años, es administrativa en una empresa de seguros y su lugar de procedencia es el mismo que el de su pareja.

Patología y factores relacionados: El PI inició tratamiento por desintoxicación a la edad de 33 años, pero no tomó conciencia de su dependencia hasta los 37. Ha tenido 2 ingresos psiquiátricos a consecuencia de su abuso de alcohol.

La pareja fue quien detectó el inicio de la sintomatología durante el primer embarazo, aunque ya existían síntomas desde su noviazgo.

En la actualidad está siguiendo tratamiento farmacológico, seguimiento con controles de analíticas y terapia grupal para alcohólicos.

En el momento de definir el problema principal, el PI pone el acento en las dificultades con la hija de ambos, en cambio la cónyuge en la relación de pareja.

Familia de origen del PI y el cónyuge: El PI describe funciones nutricias conservadas por el padre y deficitarias por la madre. Pero en situaciones sociales deficitarias por ambos. Destaca valoración contradictoria. Poca exigencia en cuanto a las funciones normativas. Dificultad de relación hasta la actualidad. Es hijo único.

Por otro lado, define la relación de sus padres armoniosa y complementaria.

En cuanto a la cónyuge, la cual es la mayor de tres hermanos, ésta describe haberse sentido valorada por sus padres. Funciones normativas de alta exigencia por parte de la madre. Nutricias deficitarias, ambos distantes. Pero al igual que su pareja, define la relación entre los padres como armoniosa y complementaria. La madre diagnosticada de Trastorno depresivo después de la muerte del esposo.

- Familia de procreación: La pareja tiene una relación donde predomina la simetría. Tuvieron una etapa de noviazgo de tres años antes de la convivencia. No están casados y tienen una hija de 11 años.

5. RESULTADOS.

En las tablas 1 – 7 se muestran las características demográficas de la muestra:

Tabla 1.SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	23	65,7
Femenino	12	34,3
Total	35	100,0

Tabla 2.ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje
Casado-a	20	57,1
Soltero-a	7	20,0
Separa/Divorcio	7	20,0
Viudo	1	2,9

Tabla 3.HIJOS

	Frecuencia	%
Ninguno	9	25,7
Uno	10	28,6
Dos	9	25,7
Tres	3	8,6
Más de tres	4	11,4

Tabla 4. INICIO BEBIDA

Edad Inicio	Frecuencia	%
< 15	9	25,7
16- 20	16	45,7
21- 30	5	14,3
31- 40	3	8,6
> 40	2	5,7

Tabla 5. INICIO TRATAMIENTO

Años	Frecuencia	%
< 2	16	45,7
2- 5	5	14,3
> 5	14	40,0

Tabla 6. OTROS TRATAMIENTOS

	Frecuencia	%
Sí	27	77,1
No	8	22,9

Tabla 7. TIEMPO DE ABSTINENCIA

	Frecuencia	%
< de 1 mes	2	5,7
1- 6 meses	14	40,0
6 meses- 1 año	7	20,0
1- 3 años	4	11,4
4- 9 años	4	11,4
> 10 años	4	11,4

- En cuanto a la profesión, la gran mayoría (el 68,6%) estaban en activo, así como también, el nivel de estudios predominante en nuestra muestra eran los estudios primarios (54.3%).
- Un 57'3% de los sujetos tenían algún familiar alcohólico en la familia, siendo el padre en un 28,7% de los casos.
- Sobre el consumo de otras sustancias, un 68,6% respondieron negativamente, un 17'1% eran consumidores de tabaco, un 11,4% de fármacos y un 2,9% de cocaína.
- No se obtuvieron resultados significativos a la pregunta sobre si se habían sentido limitados por el alcohol.
- Ambos sexos relacionan el estado de ánimo con el alcohol (85,7%) y el 92,4% afirma que el alcohol les sirve para evadirse de los problemas en general.

- En cuanto a las características familiares, un 45,7% formaban parte de una fratría de dos hermanos, siendo la siguiente mayoritaria de más de tres hermanos con un 40%. Predomina la posición de hermano mediano con un 42,9%.
- El 65,7% de nuestros sujetos respondió que sus padres se llevaban bien (con los matices que pueden observarse en la tabla 8, el resto calificó negativamente la relación conyugal de sus padres (31,4%), llegando a la separación un 5,7%. Uno de los sujetos no conoció a sus padres.

Tabla 8.¿CÓMO SE LLEVABAN SUS PADRES?

	Frecuencia	%
Bien. No se peleaban	9	25,7
Bien, se peleaban pero se reconciliaban	7	20,0
Bien. Eran muy iguales	6	17,1
Bien. Eran muy diferentes	1	2,9
Mal. Se peleaban	4	11,4
Mal. Malos tratos	3	8,6
Mal. Siempre enfadados	1	2,9
Mal. Hablan de separación	2	5,7
No conocí a mis padres	1	2,9

- El 63,4% no tomaban partido en las peleas de sus padres, un 31,7% apoyaba a su madre en los conflictos y sólo un 2,9% apoyó a su padre.
- En cuanto al patrón relacional de su familia de origen encontramos diferencias de género, la mayoría de las mujeres definen la relación entre sus progenitores en términos de complementariedad (58,3%) y un 25% en términos de simetría. Los hombres, sin embargo, describen mayoritariamente patrones de simetría (42,1%), siendo un 30,4% complementaria. El resto de los sujetos respondieron contradictoriamente a las preguntas, mostrando una descripción poco clara.
- El 42,9% de los sujetos no estaban de acuerdo con la participación de algún miembro de su familia en el tratamiento. El 28,6% estaban de acuerdo con la participación de la pareja e hijos, sólo la pareja un 17,1%, sólo los hijos un 5,7% y los padres un 5,7%.
- En cuanto a la nutrición emocional, el 62,9% respondió haberla recibido por ambos progenitores, sin haber diferencias significativas de género. Un 22,9%

manifestó no haber recibido afecto ni valoración de sus padres. Un 11,4% la había recibido por parte de la madre y sólo un 2,9% por parte del padre.

- Un 42,9% de la muestra respondieron que sus padres no habían sido exigentes con ellos. Un 40% contestó que sí que lo eran y un 17,2% solo habían sido exigidos por uno de sus progenitores. Mirando las diferencias entre sexos vemos que 11 de los 23 hombres se habían sentido exigidos por sus padres y sin embargo sólo 3 de las 12 mujeres lo afirmaron. Por el contrario 6 mujeres y 9 hombres contestaron que sus padres no eran exigentes.
- Se encontraron diferencias significativas entre sexos en cuanto a la expresividad emocional. Siendo más alta en las mujeres (66,6% alta expresividad emocional) que en los hombres (43,4% alta expresividad emocional).

En el cuestionario había cuatro ítems sobre cuatro emociones básicas (tristeza, miedo, rabia y alegría) que trataban de evaluar la “permisividad” o “prohibición” por parte de los padres a la hora de que el sujeto expresara cualquiera de estas emociones. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 9. EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

EMOCIÓN		HOMBRES	MUJERES
Tristeza	permitida	34,7%	66,6%
	prohibida	65,2%	33,3%
Miedo	permitida	43,4%	75%
	prohibida	56,5%	25%
Rabia	permitida	43,4%	83,3%
	prohibida	56,2%	16,6%
Alegría	permitida	65,2%	75%
	prohibida	34,7%	25%

- La mayoría de los encuestados (68,6%) opinó que el alcohol creaba cohesión familiar en algunas situaciones. En la tabla siguiente mostramos las diferentes situaciones:

Tabla 10. SITUACIONES EN QUE EL ALCOHOL CREABA COHESIÓN FAMILIAR

	Frecuencia	%
--	------------	---

Todos los días	7	20,0
Durante las comidas	3	8,6
Los fines de semana	2	5,7
Fiestas y celebraciones familiares	12	34,3
Nunca	11	31,4

En el momento en que respondieron al cuestionario, un 77,2% tenían pareja frente al 22,8% que no estaba emparejado. Tomando los sujetos emparejados los resultados fueron los siguientes:

- El tiempo de convivencia con la pareja era en un 56,7% superior a los 20 años. Seguido de un 29,9% que habían convivido de 10 a 20 años. El resto de 0 a 10 años o no tenían pareja
- El problema del alcohol existía antes de empezar su relación en un 48,6%. Un 68,6% de los cónyuges no tenían ningún problema con el alcohol. Un 11,4% de las parejas eran también alcohólicos; observándose una diferencia entre sexos siendo un 25% de las mujeres y un 10% de los hombres.
- En general, los alcohólicos respondieron en un 50% que el alcohol tenía que ver con sus discusiones conyugales. Y un 50% respondieron que no. Sin embargo los resultados por sexos marcan diferencias entre hombres y mujeres siendo un 62,5% las mujeres que respondieron afirmativamente y un 45% los hombres.
- Además un 82,1% de los alcohólicos, después de un conflicto de pareja siente más ganas de beber. (el 100% de las mujeres y el 75% de los hombres).
- En cuanto a la toma de decisiones, los alcohólicos respondieron en un 48,1% que quien tomaba las decisiones en su pareja era el cónyuge, seguido de un 40,7% que respondieron que las decisiones eran tomadas entre ambos y sólo un 11,1% de los alcohólicos tomaban las decisiones. Un 57,7% de los hijos de alcohólicos toman partido en los conflictos de pareja y un 42,2% se mantienen al margen.

Algunos ítems del cuestionario estaban destinados a valorar las reacciones de los miembros de la familia cuando se consumía alcohol. Con respecto a la actitud del cónyuge.

- Cuando los alcohólicos bebían, en un 77,7% de los casos, sus parejas se enfadaban, los criticaban y con su actitud creaban problemas. Un 22,2% contestaron que el cónyuge intentaba ayudarlo, entenderle y le proponía que hiciera tratamiento. Pero se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Un 90% de los hombres sentían que sus cónyuges

reaccionaban negativamente, a diferencia de un 57,1% de mujeres que manifestaban sentirse ayudadas por sus parejas. Los alcohólicos que tenían hijos un 38,4% decían que éstos les ayudaban y les entendían seguido de un 30,8% que decía que los hijos los criticaban y se enfadaban y un 30,8% de los hijos se callaban o no hacían nada. Sin observarse diferencias significativas de género.

- En cuanto a la influencia del consumo de alcohol en la organización de la familia: un 88,9% de los sujetos respondieron entorno a que influía negativamente creando conflicto y desestructuración familiar.
- El 54,3% define su relación actual de pareja positivamente.
- La última pregunta del cuestionario era sobre quien propuso iniciar tratamiento. De entre las diferentes opciones (yo, mi pareja, un profesional, un familiar) no hubo diferencias significativas siendo la más frecuente la que se refiere a que es el mismo alcohólico quien decide empezar tratamiento (31,4%). Sin embargo, en los hombres es mucho más frecuente que inicien tratamiento por iniciativa de la pareja (43,4%) y en las mujeres ninguna respondió a esta opción, contestando un 58,3% de ellas que fue por iniciativa propia.

6. DISCUSIÓN

Las conclusiones de nuestro estudio descriptivo nos acercan a conocer con mayor profundidad la realidad del alcohólico y cómo éste se relaciona con su entorno. El propósito de este análisis es sacar conclusiones válidas para futuras intervenciones terapéuticas. Basándonos en los objetivos de nuestro estudio hemos puesto énfasis en observar variables con contenidos referentes a las diferencias entre sexos, la expresividad emocional y los patrones familiares.

En un primer lugar nos gustaría comentar un aspecto interesante de nuestra muestra, el que confirma que el alcohólico empieza la ingesta de bebida en la etapa del ciclo vital que corresponde a la adolescencia. En esta etapa el individuo inicia su proceso de autonomía e individuación de la familia de origen. Es mucho más tarde cuando aparece la conciencia del problema con el alcohol, pasados los 40 años, coincidiendo con un momento vital en el que la persona ha constituido su propia familia y los hijos empiezan su adolescencia. Creemos que este punto es importante desde la perspectiva familiar y relacional, y que podría abrir nuevas vías de investigación. Sería interesante analizar el por qué el alcohólico se plantea su problema con la bebida en el momento en que sus hijos son adolescentes, qué papel juegan la capacidad de ejercer funciones normativas del padre alcohólico, teniendo en cuenta que en su juventud muchos carecieron de éstas, como describiremos más adelante.

Unas de las características más significativas de nuestros encuestados relacionadas con su familia de origen son las vinculadas con la pauta transgeneracional donde se repite el alcoholismo. Hemos observado que la mayoría tenían otros familiares alcohólicos, siendo el padre el más frecuente.

Otros datos recogidos sobre la familia de origen de los encuestados destacan que los padres de los alcohólicos mantienen un patrón relacional de conyugalidad armoniosa. Los sujetos no se han sentido triangulados por sus padres. Reconocen haber recibido nutrición emocional, exponiendo que se han

sentido valorados por sus progenitores y que éstos les demostraban su afecto. Sin embargo, no responden haber sentido la exigencia paterna, en estas familias las funciones normativas y sociabilizantes son deficitarias.

Comparando estos ejes de parentalidad y conyugalidad con los trastornos afectivos, nos resulta interesante la correlación entre la depresión mayor y el alcoholismo. En ambos casos los progenitores mantienen una conyugalidad armónica y la parentalidad está deteriorada. La diferencia reside en que en la depresión mayor la nutrición emocional es escasa y hay una excesiva exigencia normativa; en el alcoholismo es esencialmente a la inversa se da el afecto pero no se imparten funciones normativas. El tema de la no exigencia nos ha sorprendido especialmente, teniendo en cuenta la edad de la muestra y los patrones educativos de esa generación, donde era poco habitual tener padres permisivos.

Otro dato relevante de la muestra es que el alcohólico, a pesar de la severidad de su patología, tiende a emparejarse de forma estable y a su vez tiene hijos. Como consecuencia de esto vemos que el alcoholismo es un trastorno que se sufre muchas veces en el seno de la familia. Se trata de una patología con una función homeostática, dado que toda la familia se adapta y se equilibra entorno al síntoma. Tanto la literatura como nuestros encuestados confirman que la ingesta de bebida o conducta sintomática sirve para evadirse de los problemas y escapar de los conflictos familiares. A su vez toda la familia se organiza teniendo como eje central el tema del alcohol y adapta sus rituales y celebraciones a las necesidades del alcohólico. En este sentido nuestro estudio confirma las ideas de Steinglass puesto que el alcohol actúa como un elemento importante para mantener la cohesión familiar. Sobre su propia parentalidad los alcohólicos exponen que sus hijos están involucrados en el conflicto relacional de la pareja. Hay límites difusos entre los subsistemas parece inundarlo todo.

En cuanto a las reacciones de los hijos ante el alcoholismo de los progenitores se dividen en tres grandes grupos que coinciden con la clasificación sobre los

roles adoptados por los hijos de alcohólicos elaborada por ACOAS (Asociación Americana de Hijos de Alcohólicos). La mayoría se convierten en hijos cuidadores que entienden y ayudan a sus padres. Otra parte son los chicos que omiten el problema, definidos como “niños perdidos”, que tienden a aislarse y a llevar una vida muy sedentaria. Por último, encontramos aquellos que critican al alcohólico y muestran su oposición al síntoma. Éstos son los que pueden desencadenar una crisis en la familia e incluso hacer que el progenitor tome conciencia del problema.

De los resultados acerca de la familia de creación detectamos una tendencia a la complementariedad en las parejas con un miembro alcohólico, en general los sujetos decían no ser quien tomaba las decisiones en casa y se definieron a sí mismos como sumisos. Este aspecto nos sorprendió y creemos que en futuros estudios sería muy interesante poderlo contrastar con la opinión del cónyuge, ya que quizás se podría corroborar y demostrar que en estas parejas existe una complementariedad rígida, igual que en las parejas de las mujeres con depresión mayor.

Otra idea sobre las relaciones de pareja que surge de nuestro estudio es que después de las discusiones entre cónyuges, el alcohólico siente una mayor necesidad de consumir alcohol. Esta tendencia nos sugiere pensar en la posibilidad de que exista un cónyuge inductor, basada en que se establece una dinámica en la pareja en la que uno bebe y el otro induce a beber, dándose una curiosa circularidad entre ambas partes. En nuestro cuestionario hubiera sido muy valioso indagar sobre qué conductas de los cónyuges ayudan a los alcohólicos en el sentido inverso favoreciendo el no consumir alcohol.

Para contrastar los resultados obtenidos en el cuestionario hemos analizado el protocolo de datos sobre una familia a la que se entrevistó mediante el protocolo de las tres sesiones de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau. El paciente identificado al que se entrevistó, un hombre de 44 años, definió a sus padres como una pareja complementaria con una conyugalidad armoniosa. Al

preguntar sobre la parentalidad observamos que la nutrición emocional recibida por el paciente fue deficitaria y las funciones normativas de exigencia alta. Por lo tanto, este caso coincidiría con el trastorno de la mujer con depresión mayor y corroboraría nuestra hipótesis de que el hombre tiende a alcoholizarse y la mujer a deprimirse con unos patrones en la familia de origen similares. En cuanto a su propia parentalidad, nuestro paciente era un padre que daba afecto a su hija pero era incapaz de poner límites y por lo tanto no cumplía con la función normativa.

A grandes rasgos, podemos afirmar que los resultados del cuestionario y las conclusiones sobre la familia entrevistada en tres sesiones son coherentes entre sí y van en la misma línea sin encontrar diferencias significativas.

Nos hubiera gustado poder entrevistar a más familias para poder confirmar con mayor rotundidad nuestros resultados. En este sentido, el no encontrar sujetos en el tiempo establecido para la recogida de datos, ha sido una fuerte limitación para la realización del estudio. A su vez no ha sido nada fácil acceder a los 35 encuestados y conseguir su consentimiento para la pasación del instrumento.

Otra de las limitaciones en el momento de elaborar el cuestionario, partiendo de la premisa que debía ser una versión corta y auto administrable, fue que no se pudo ahondar en la historia familiar tanto como esperábamos en las entrevistas. Este hecho nos hace suponer que a menudo los sujetos nos dieron repuestas un tanto generales sobre las relaciones con sus padres y que sería interesante poder conocer en profundidad los antecedentes de su infancia.

Como ya hemos comentado una de nuestras hipótesis iniciales era comparar los hombres y las mujeres, para ver si en los varones alcohólicos detrás de esta adicción, había una depresión subyacente. Un alto porcentaje de nuestros sujetos reconocen haberse deprimido alguna vez, en muchos casos antes y después del consumo. Como hemos expuesto anteriormente la depresión y el

alcoholismo comparten patrones relacionales similares, pero vemos diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito de la expresividad emocional.

Socialmente existen diferencias entre sexos, en cuanto a la expresión de las emociones. La mujer tiene permitido expresar tristeza y el hombre lo tiene prohibido. Una consecuencia de este patrón cultural y social es que la mujer tiene más tendencia a deprimirse, y el hombre tiene prohibido sentir y expresar la tristeza, y por eso se alcoholiza.

En cuanto a la expresión del sentimiento de rabia, la mujer alcohólica se diferencia de la población femenina no bebedora en que expresa más esa emoción. Esto se explica porque la mujer que bebe suele ser más transgresora con las normas sociales, y se equipara más a los hombres en este sentido. Asociamos esta rebeldía a los resultados significativos que muestran una débil normatividad parental más pronunciada en las mujeres que en los hombres.

La literatura describe abordajes terapéuticos diferenciados en el caso de tratar a un hombre o a una mujer alcohólicos. La terapia familiar parece más efectiva en el caso de los hombres que en las mujeres. En nuestro estudio los pacientes priorizan la participación de la pareja en el tratamiento pero en general prefieren que no intervenga ningún miembro de la familia. Este aspecto lo relacionamos con el hecho de que los alcohólicos son vistos por sus familiares de forma negativa. Principalmente afirman que sus cónyuges les definen como seres incompetentes y les critican. Se encuentran diferencias significativas entre sexos, los hombres se sienten más criticados por sus cónyuges. En cambio, las mujeres expresan un sentimiento mayor de colaboración y ayuda por parte de sus parejas, aunque un alto índice también afirma ser criticadas. La terapia familiar propone que para una rehabilitación exitosa es necesario reconstruir la visión positiva del individuo alcohólico por parte de la familia.

Ninguno de nuestros encuestados había hecho terapia familiar pero la mayoría de ellos había hecho más de un tratamiento, por lo tanto creemos que la inclusión de la familia en futuros tratamientos podría ser útil en cuanto a la

prevención de posibles recaídas. En este sentido, valoramos que en un futuro se abran líneas de investigación que correlacionen los tratamientos familiares y la prevención de recaídas en la rehabilitación de los alcohólicos.

Otro aspecto que favorece la práctica de la terapia familiar con alcohólicos es el hecho de que se trata de un trastorno que como ya hemos dicho se vive en familia. Por lo tanto para erradicar el alcoholismo será más efectivo ampliar el foco e intervenir a nivel familiar para reestructurar la dinámica relacional y los rituales de la familia alcohólica.

En las respuestas sobre quién propuso iniciar el tratamiento se observan diferencias importantes de género. Nos parece interesante como la mayoría de las mujeres lo empezó, por iniciativa propia y los hombres tienden a iniciarlo por la insistencia de su pareja. Este dato coincide con la familia entrevistada ya que el marido relató que decidió ingresarse para la desintoxicación cuando su mujer le planteó que o lo hacía o se separaban.

En síntesis, nuestro estudio nos ha demostrado que desde la perspectiva sistémica se puede abordar el alcoholismo y que ésta aporta muchas herramientas para analizar la dinámica relacional que conlleva el trastorno. La terapia familiar es un modelo de intervención útil y sugerente para trabajar con el problema del alcohol que complementa modelos más centrados en el síntoma y el paciente. El abordaje sistémico, al ampliar el foco, utiliza las capacidades de la familia como motor para el cambio, previene la aparición de otras conductas sintomáticas y el malestar en la familia.

7.BIBLIOGRAFIA

- **Alexander,B.** (1977) *Interpersonal relationships in addictive individuals and their families*, Family Process, Vol.16, 1977.
- **Anastassiou,V.** (1996) *Thérapie familiale*, Genève, , vol.17. pp.127-149.
- **Brown et al.** (1999)*Level of burden among women diagnosed with severe mental illness and substance abuse. Journal of Psychoactive drugs*; 31(1) pag, 31-40.
- **Cancrini, Luigi** (1996) *La caja de Pandora*. Editorial Paidós: Barcelona
- **Cormillot, A. Lombardini, JC.** (1992) *Beber o no beber, ¿Esa es la cuestión?*, Ed. Paidós: Argentina.
- **De la Cruz M. y Hererra A.** (2002) *Adicciones en mujeres*. Colegio oficial de psicólogos de Las Palmas: Las Palmas.
- **Díaz, F.A** (2.001)*Alcoholismo*. Editorial San Pablo, Barcelona.
- **DSM-IV** (1995), American Psychiatric association, Washington DC:
- **Edwards, M., Steinglass, P.**(1995) *Family therapy treatment outcomes for alcoholism*. Journal of marital and family therapy, vol.21, pp. 475-509.
- **Ettore,E.**(1998) *Mujeres y alcohol, placer privado o publico?*. Ed. Narcea, Madrid.
- **García, MP.**(2002) *Patología familiar y violencia doméstica. Revista Adicciones. Vol 14. Supl.1*
- **Gimeno-Bayón, A.** (1996) *Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad*. Ed. Desclée de Broker. Barcelona
- **Hafner, R.J. et al.** (1983) *Spouse-Aided Versus Individual Therapy in Persisting Psychiatric Disorders: A Systematic Comparison*. Family Process, vol 16. (sept 83)
- **Holahan, C.J.; Moos, R.H.; Holahan, C.K.; Cronkite, R.C.; Randall, P.K.**(2003) *Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: A 10-year model*. Journal of Abnormal Psychology, 112(1):159-165. (168342).

- **Hoffman L. (1981) Fundamentos de la terapia familiar, Ed. Fondo de la cultura económica:México.**
- **Kelly, J.F.; McKellar, J.D.; Moos, R.(2003) Major depression in patients with substance use disorders: Relationship to 12-Step self-help involvement and substance use outcomes. Addiction, 98(4):499-508.**
- **Kim Berg I. y Millar, S.D (2.002) Trabajando con el problema del alcohol". Gedisa Editorial, Madrid.**
- **Linares, J L.** (1996) *Identidad y narrativa*. Barcelona: Editorial Paidós.
- **Linares, J.L., Campo C.** (2000) *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Editorial Paidós.
- **Marina, JA.** (1996) *El laberinto sentimental*. Ed. Anagrama: Barcelona.
- **Mutzell S.** (1995) *Are boys more vulnerable than girls in alcoholic families?: Early child development care*. Journal of Danderyd University Hospital, 105: 43-58. Sweden.
- **NIDA** (2002) *Advances in research on women's health and gender differences*. National Institute on Drug abuse; US Department of health and human services.
- **Oliveira, M.** (1998) *La educación sentimental*. Barcelona: Editorial Icaria Antrazyt.
- **Queretaro** (2002) *Consejo estatal contra las adicciones del estado*; Revista anudando, año 3 edición 17, mayo-junio .
- **Randolph,J. & Jacob,** (1997) *Marital interactions of male versus female alcoholics*, Family Process, Vol.36, pp. 385-400.
- **Ray, O. & Ksir, C.** (1999). *Drugs, Society and Human Behavior*. McGraw-Hill: San Francisco.
- **Rubio G. Y Blázquez B.** (2000) *Mujer y problemas por el alcohol. Guía práctica de intervención en el alcoholismo*; Madrid; Agencia antidroga Comunidad de Madrid.
- **Seligman, M** (1986) *.Indefensión*. Ed. Debate: Madrid
- **Steiner, C.** (1997) *La educación emocional*. Ed. Punto de lectura: Madrid

- **Steinglass P., Benett L.A., Wolin S.J., Reiss D.** (1987) *La familia alcohólica*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- **Suman LN;Nagalakshmi SV.** (1995) *Family Interactional patterns in alcoholic patterns*, Dept. of Clinica psychology, National Institute of Mental health and Neurosciences, Bangalore, India. NIMHANS J. 1995;
- **Trute, B., Docking,B. et al.** (2001) *Couples therapy for women survivors of child sexual abuse who are in addictions recovery: A comparative case study of treatment process and outcome*. Journal of marital and Family therapy, Vol.27, p.99-110.
- **Vallejo-Nágera,J.A.**(1998) *Guía práctica de la psicología*. Ediciones Temas de Hoy S.A., Madrid.

8. Anexos

8.1 CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN AL CAS DE HORTA

Hombres y mujeres hemos vivido procesos de socialización muy diferentes, en los que hemos ido adquiriendo unas formas de pensar, de relacionarnos, de divertirnos, de sentir, de trabajar etc. Así, como afirma Mercedes Olivera en su libro “la educación sentimental”, *las mujeres han desarrollado mas la capacidad para afrontar la vida desde la afectividad y los hombres mas desde la acción.*

Centrándonos en las emociones, también es conocido que hombres y mujeres tenemos diferentes maneras de expresar emociones, e incluso estamos mas entrenados a tener preferencia por unas emociones y no por otras.

En este estudio partimos de la hipótesis de que las mujeres tienen mas permiso para sentir y expresar tristeza y los hombres tienen mas permiso para sentir y expresar rabia. Cuántas veces hemos oído “los hombres no lloran”. Quizá sea uno de los motivos por los que existan mas depresivas que depresivos y mas hombres que expresan su agresividad de forma violenta (que mujeres). También es sabido que detrás del alcoholismo se esconde una depresión subyacente, bajos niveles de autoconfianza y autoestima. Por lo tanto, una de las hipótesis que nos planteamos es: **La mujer se deprime y el hombre se alcoholiza, como una manera de expresar la depresión en los hombres.**

Siguiendo por esta línea, también es nuestro objetivo comparar la familia de origen de las mujeres con diagnóstico de depresión con la de los hombres alcohólicos. Ver cuál era la posición del paciente en su familia de origen, qué tipo de parentalidad y nutrición emocional ha recibido, qué modelos masculinos y femeninos etc. Sin olvidarnos de la influencia genética y de modelado en el alcoholismo también nos planteamos la hipótesis de que **el paciente alcohólico además arrastra carencias afectivas de su familia de origen que le dificultan el tener una visión de sí mismo como capaz de afrontar los problemas, o sentirse una persona valiosa, con autoconfianza y autoestima.**

Por otra parte y pensando en la familia de procreación del alcohólico, tratamos de ver **cuál es la dinámica familiar que mantiene el síntoma**. Se ha estudiado que en un porcentaje elevado las mujeres de los alcohólicos provienen de familias alcohólicas e incluso se ha hablado de el cónyuge inductor. Nosotros no nos basaremos tanto en estas ideas, ya que nos parecen peligrosas de generalizar, sino que trataremos de ver cuál es la función que tiene el alcohol que mantiene el equilibrio de la familia; partiendo de la base de que el alcoholismo suele ser un elemento básico en las relaciones de la familia alcohólica y que incluso en ocasiones es el elemento organizador del sistema (Steinglass, 1987)

Otro de nuestros objetivos es ver si existen diferencias entre los hombre y las mujeres alcohólicos/as en cuanto parentalidad recibida, modelos, nutrición emocional etc.

Metodología e instrumentos

- 1) Realizaremos un bloque de tres entrevistas semi-estructuradas a pacientes alcohólicos varones con sus parejas. En las que se estudian la historia del alcoholismo, la historia familiar de cada miembro y la historia de la pareja, entre otras variables. Utilizaremos las entrevistas diseñadas por Juan Luis Linares y Carmen Campo en su investigación sobre la depresión (2000) con algunas variantes que tengan que ver con la especificidad del alcoholismo en nuestra investigación. Las entrevistas se realizarán en la unidad de terapia familiar del Hospital de Sant Pau. Serán llevadas a cabo por el equipo investigador y supervisadas por el Dr. José Soriano, psiquiatra y miembro docente de la escuela de terapia familiar del hospital.

A estos pacientes se les explica previamente que son unas entrevistas para valorar las relaciones familiares y que una vez finalizadas se les enviará un informe con algunas conclusiones y donde se especificará si una terapia familiar les podría beneficiar. En caso afirmativo y si estuvieran dispuestos, se derivaría el caso a Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau

- 2) Debido a la dificultad para encontrar muestra accesible a las entrevistas, hemos elaborado unos cuestionarios que las resumen. Son cuestionarios autoadministrados, con respuestas dicotómicas en su mayoría y que no necesitan demasiado tiempo para responderse. Serán administrados a grupos de alcohólicos (mixtos) que ya están en tratamiento; explicándoles la utilidad de

su colaboración para poder investigar acerca de mejores intervenciones en el tratamiento del alcoholismo. A los centros que colaboren en esta modalidad del estudio se les devolverá una copia de la investigación una vez finalizada.

Algunos miembros del equipo investigador se desplazarán al CAS en el horario convenido previamente para hacer la pasación colectiva del cuestionario a los pacientes.

A este grupo de sujetos se les explicará previamente la posibilidad de hacer las tres entrevistas estructuradas con sus parejas para valorar las relaciones familiares y que posteriormente se les adjuntará el informe con las conclusiones específicas de su familia, elaborado por equipo de terapia familiar. En el caso de los que estén dispuestos a colaborar, ya no hará falta (claro está) que rellenen el cuestionario. Estas entrevistas se realizarán igualmente en la unidad de terapia familiar del hospital de Sant Pau

8.2. CONSENTIMIENTO ENCUESTADOS.

Distinguido Sr./a,

El motivo de esta carta es pedirle su consentimiento y participación en un proyecto de investigación sobre el alcoholismo y las relaciones familiares que se lleva a cabo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

El objetivo del estudio es aumentar el conocimiento sobre los diferentes patrones de relación que se dan en la familia de origen y la familia creada de los/as pacientes que tienen o han tenido un problema con el alcohol. Así cómo recoger información sobre las repercusiones del alcoholismo en el seno de la familia y en sus relaciones. Estos datos nos servirán para trabajar por ofrecer un mejor tratamiento y atención a las familias que tienen problemas con el alcoholismo.

La tarea a realizar se trata de rellenar un cuestionario de fácil cumplimentación. En estos cuestionarios no tendrá que especificar su nombre, garantizando de esta manera el total anonimato de la información que será confidencial y usada únicamente por el equipo investigador.

Agradeciendo de antemano su colaboración reciba un cordial saludo:

Grupo de investigación de Terapia Familiar
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo doy mi consentimiento para colaborar en esta investigación respondiendo al cuestionario.

Firma:

8.3. CUESTIONARIO ALCOHOL Y FAMILIA.

Edad: _____	Estado civil _____
Sexo : _____	Nº de hijos _____
Fecha y lugar de nacimiento: _____	Profesión _____
	Estudios realizados _____

Responda de una forma clara y concisa a las siguientes preguntas relacionadas con su consumo de alcohol y sus relaciones familiares.

CONSUMO DE ALCOHOL

1. ¿ A qué edad empezó a beber? _____.
2. ¿ Cuándo se dió cuenta que tenía un problema con la bebida?
_____.
3. ¿Cuándo empezó el tratamiento? _____.
4. ¿Cuántos tratamientos ha iniciado? ¿de que tipo?

_____.
5. ¿Cuánto tiempo lleva sin beber hasta hoy? _____.
6. ¿Cuál ha sido el periodo más largo que ha estado sin beber?
_____.
7. ¿Se ha sentido limitado por no poder hacer algunas cosas a causa de su dependencia al alcohol? **SI / NO**
8. ¿Cuándo usted está un tiempo sin beber, qué cambia?

_____.
9. ¿Qué pasaría si “el alcohol desapareciera de su vida”/ si Ud. dejara de beber? _____
10. ¿Ha tenido la sensación de que el alcohol le servía para evadirse de los problemas? **SI / NO**
¿ qué tipo de problemas?
 Familiares
 Laborales
 Otros _____
11. ¿Se ha sentido deprimido alguna vez? **SI / NO**
12. ¿Ha pensado que su estado de ánimo esta relacionado con su consumo de alcohol? **SI / NO**

FAMILIA DE ORIGEN

13. ¿Viven sus padres? Madre **Si / no** : fecha de fallecimiento _____
Padre **Si / no** : fecha de fallecimiento _____

14. ¿Cuántos hermanos tiene?_____.
15. ¿Qué lugar ocupa usted? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
16. ¿Qué tal se llevaban sus padres cuando usted vivía con ellos? marque con una cruz lo que corresponda.
- Bien**
- No se peleaban
 - Se peleaban pero se reconciliaban rápido
 - Eran muy iguales, casi siempre estaban de acuerdo
 - Eran muy diferentes, se complementaban
- Mal a veces / Muy mal**
- Se peleaban mucho y con broncas muy fuertes
 - Se produjeron malos tratos
 - Les costaba mucho hacer las paces
 - Estaban casi siempre enfadados
 - Llegaron a hablar de separación
 - Se separaron/divorciaron
- No conocí a mis padres/ Fuí criado por familia extensa
17. ¿Qué otros miembros de su familia han tenido/tienen problemas con el alcohol?
- madre
 - padre
 - abuelos/as
 - hermanos/as
 - hijos
 - tios
 - otros. especificar
_____.

18. ¿Considera que sería importante que alguien de su familia participara en su tratamiento actual? **SI / NO**
 ¿Quién? _____.
19. ¿Cree que han cambiado cosas en casa, en la relación con su familia de origen, desde que usted tiene un problema con el alcohol? **SI / NO**
20. ¿Diría que uno de los dos mandaba más y/o tomaba las decisiones? **SI / NO**
 ¿Quién? Padre /Madre ¿Y era así siempre? **SI / NO**
21. ¿Diría que quién no tomaba las decisiones era mas bien sumiso,se supeditaba? **SI / NO**
22. ¿Eran sus padres cariñosos con Ud.? **SI / NO**
23. ¿Le demostraban afecto? **SI / NO**
24. ¿Se sentían orgullosos de Ud.? **SI / NO**
25. ¿Valoraban las cosas que Ud. hacía? **SI / NO**
 ¿qué cosas valoraban? _____
26. ¿Esperaban mucho de Ud.y eran exigentes? **SI / NO**
27. ¿Alguno de los dos bebía habitualmente? **NO / SI** (Padre/Madre)
28. ¿Si alguien de su familia bebía influía el alcohol en las peleas? **SI/ NO**
 ¿Cómo? _____
29. ¿Llegó Ud. a tomar partido en las peleas? Sí a favor de mi padre
 Sí a favor de mi madre
 Nunca tomé partido.
30. ¿Denos una breve idea de lo que, en su opinión, pasaba entre sus padres? _____

31. ¿En que ocasiones el alcohol estaba aceptado en su familia de origen?

32. ¿En que ocasiones cree que el alcohol creaba cohesión familiar?
 todos los días
 durante las comidas
 los fines de semana
 fiestas y celebraciones familiares
 nunca
33. ¿ Alguno de sus padres necesitó algún tipo de cuidados o tratamiento por parte de Ud.?
 Padre / Madre -enfermedad física crónica.
 Padre / Madre -enfermedad mental / depresión/ problemas de nervios
 Padre / Madre -alcoholismo/drogadicción
 Padre / Madre -invalidez/discapacidad

En el presente

34. Hoy tengo una relación cordial con mi familia de origen. **SI / NO**
35. Mis padres tienen una relación positiva entre ellos. **SI / NO**
36. Tengo buena relación con mi familia política (suegros) **SI / NO**
37. Me he sentido apoyado por ellos durante este tratamiento **SI / NO**
38. Mis suegros me han brindado la ayuda oportuna **SI / NO**

LA PAREJA

Esta sección es para personas que consideren que han tenido una pareja estable y hayan convivido con ella durante un tiempo.

39. ¿Cuánto tiempo han convivido con su pareja/ cónyuge? _____
40. El problema del alcohol existía antes de empezar nuestra relación. **SI / NO**
41. Tengo una relación positiva con mi pareja. **SI / NO**
42. Tengo una relación conflictiva y el alcohol está siempre involucrado en nuestras discusiones **SI / NO**
43. Cuando bebo surgen conflictos **SI / NO**
44. Después de un conflicto tengo más ganas de beber **SI / NO**
45. ¿Qué hace su cónyuge cuando Ud. bebe? _____

46. ¿Qué hacen sus hijos?

47. ¿Cómo influye el alcoholismo en la organización de la familia?

48. Nuestros hijos toman parte en los conflictos **SI / NO**
49. Yo siempre tomo las decisiones en casa. **SI / NO** (mi pareja las toma)
50. El/La que no toma las decisiones es más bien sumiso y se subordina a las decisiones del otro **SI / NO**
51. ¿Quién propuso empezar el tratamiento? **Yo/ Mi pareja/ Un profesional/Un familiar**

8.4. FAMILIA RUIZ-DE LA CRUZ :SESIÓN Nº 1

TERAPEUTA: Jose Soriano

COTERAPEUTA: Anna Fábregas

SESSIÓ N°1

ASSISTENTS: la parella (Elena i Joseph)

TRANSCRIPCIÓ DE LA PRIMERA VISITA (5-09-2003)

- Entren la parella i seuen junts davant dels terapeutes. S'explica el setting i el funcionament que serà de tres sessions per valorar i després es donarà un informe on es farà una proposta de treball. La parella mostra una bona acomodació i accepta les condicions plantejades.
- El terapeuta diu que es va deixar oberta la possibilitat de que assistís la Mireia, la seva filla, d'11 anys, els pares diuen que no li han dit res però que no hi ha cap inconvenient en que un altre dia vingui.
- Es passa a abordar quin és el **principal problema** que els preocupa:

Comença a parlar l'Elena dient que el Josep fa 9 mesos que no beu, però que la seva relació s'ha deteriorat molt pel problema de la beguda que existeix des de fa 14 anys. Malgrat que no hi ha alcohol i que les coses han millorat tenen problemes insalvables. A més a més, està la seva filla al mig i els hi està costant molt.

Segueix el Josep dient que ho veu més o menys igual, però que a ell el que li preocupa és sobretot de cara a la nena, perquè no sap si ho estan fent bé o no. La Mireia potser se sent abandonada i reclama constantment, però ell això no ho veu normal; diu: "ara que estic millor hi ha coses que han empitjorat". (El discurs del Josep es fa difícil d'entendre passa d'un tema a un altre però no clarifica gaire el que vol dir).

El terapeuta clarifica i resumeix dient que: al Josep li preocupa més la filla i a l'Elena la parella. Els dos assenteixen, ella afegeix que creu que si entre ells estiguessin millor, la filla milloraria.

- S'aborda **la problemàtica de l'alcohol** i ella explica que ja hi era quan van començar a sortir junts, però ella no va saber veure-ho a temps. De totes maneres, tot no és per culpa de l'alcohol, perquè per exemple ell no suporta a la família d'ella i això ha portat molts conflictes.
- Es pregunta quins **altres problemes** tenen: l'Elena comenta que és preocupant la situació d'atur del Josep. Llavors ell comença a dir que

recuperar-se de l'alcoholisme porta temps i que ha optat per sacrificar la feina per poder fer-se les analítiques tres cops per setmana i assistir els dijous a una teràpia de grup. El curar-se no és no beure, és veure el per què beves, i això costa molt més perquè és deixar la conducta addictiva, a més si corres pots tornar enrera una altra vegada. Dit això, explica que va deixar la feina a l'octubre quan va ingressar a Sant Pau per desintoxicar-se. Ell ara preferiria esperar una mica per anar a treballar. L'Elena salta i diu que ella d'això se'n entera ara, ell diu que no ho explica perquè la gent això no ho entén (referint-se a ella). Per últim, ella diu que fa 10 anys que ell no té feina estable pel problema de l'alcohol.

- El terapeuta demana que expliquin una mica la **història de l'alcoholisme**: ella diu que cada cop va notar que això anava a més, però que de joves ell ja bevia, ella a vegades també, però quan es va quedar embarassada potser estava més sensible i va ser quan se'n va adonar.

Ell diu que no té antecedents familiars alcohòlics, que no ho recorda especialment.

Quan es pregunta per **altres tractaments** el Josep explica que fa 7 anys va estar 2 anys sens beure, creu que va tornar perquè li faltava treballar més sobre el tema de l'alcoholisme, a més li agobiava molt la feina i la precarietat laboral. Va començar a poc a poc, però va anar augmentant encara que no tant com abans fins unes setmanes prèvies a l'ingrés en les que es va desmadrar.

Ella explica que quan beu ho sap perquè s'aïlla i es posa els cascos per escoltar música, mai no ha estat agressiu. El terapeuta li pregunta com s'ha organitzat la família arrel de l'alcoholisme, contesta que s'ha sentit molt sola amb la nena, tot ho ha fet sense ell. Quan va estar 2 anys sense beure no es va integrar a la família.

Ell reacciona i diu que ella no accepta que té altres problemes com és el fet que les àvies entren i envaeixen tot des de que va néixer la nena. L'àvia materna confon la seva neta amb la seva filla i l'Elena no li diu res. El Josep per explicar-nos com és la seva sogra diu que una germana de l'Elena té anorexia i un germà va tenir molts problemes perquè l'àvia el sobrealimentava. Segueix dient que les àvies el van anul·lar i no li van deixar espai com a pare.

- Es pregunta com ha canviat la vida per a ells ara que el Josep no beu, l'Elena diu que ara l'acompanya a ella, fa coses amb la nena, es reparteixen les tasques de casa, està més integrat a la família...
- Es passa a **explorar les dades personals:**
- Josep Ruiz, 47 anys, nascut a Barcelona, la seva família també és d'aquí, estudis fins a COU, va començar 1er d'empresarials però ho va deixar, ha estudiat cursos de programació. A nivell laboral, sempre ha tingut feines temporals, només va estar fix abans d'anar a la mili. Creu que si hagués estat bé, a algunes feines s'hauria pogut quedar. De salut està bé, té el fetge alterat i el colesterol i la creatina alts, ara s'ha recuperat i tot ha baixat. Els seus hobbies d'abans eren la muntanya, l'escafandrisme i la natació a la platja. Pel que fa a les amistats, els amics de quan era jove es veuen de tant en tant i també amb amics de l'Elena. Els amics i els familiars saben del seu problema. A més el marit d'una germà na de l'Elena també es va desintoxicar fa 4 anys. A vegades parlen però no aprofunditzen, ella diu que el cunyat és una persona molt complicada.
- Elena de la Cruz, 41 anys, estudis fins a COU, nascuda a Barcelona. És administrativa i està fixa des de fa 15 anys, només va deixar de treballar per la baixa de maternitat. De salut està bé, té la pressió alta. Les seves aficions són sobretot la lectura de novel·les i el dibuix. D'amistats en té des de quan era petita, de la feina i amb els seus germans.
- La seva filla, la Mireia, té 11 anys, fa 6è, té bona salut i no hi ha cap problema a l'escola. El terapeuta pregunta si estigués aquí què diria, la mare explica que ella li va explicar quan el pare va ingressar el que passava, i fins i tot, el van anar a veure, ho va entendre bastant. La nena posa pau entre ells perquè discuteixen molt i ella pateix i això als dos els fa patir molt. La Mireia té bona relació amb els dos, amb cada un per a fer coses diferents.
- Per acabar la sessió es comenta que en el full de sol·licitud es parla de depressió, el Josep explica que en ell depressió i alcoholisme va junt. Ell és

nerviós i fa molt que pren medicació, el seu estat depressiu és des de l'inici; abans de deixar l'alcohol la primera vegada estava tot el dia al llit.

- L'última cosa, és saber en què ha canviat la relació entre ells, i l'Elena diu que al deixar de beure han intentat millorar la relació perquè ella l'havia deixat estar (ell assenteix). Van parlar de separació abans de desintoxicar-se, ella li va fer un ultimàtum i això el va fer reaccionar i ingressar-se. El Josep diu que hi està d'acord, però segueix parlant del problema de les àvies i de la manca de normes amb la filla.
- Finalitza la sessió es dona la propera visita i pregunten si volem que vingui la Mireia, com que parlarem de les famílies d'origen aconsellem que la filla vingui un altre dia més endavant.

Propera visita: 19-09-2003 a les 14:30h.

8.6. CAS Nº 1 (TREBALL INVESTIGACIÓ):

FAMILIA RUIZ-DE LA CRUZ

TERAPEUTA: Jose Soriano

COTERAPEUTA: Anna Fábregas

SESSIÓ Nº 3

ASSISTENTS: la parella (Elena i Josep)

TRANSCRIPCIÓ DE LA TERCERA VISITA (26.09.2003)

Es comença la sessió preguntant si hi ha **alguna novetat** a comentar, expliquen que la Mireia i l'Elena han anat soles a passar un cap de setmana amb la família i que el Josep s'ha quedat sol a casa, això ja ho han fet moltes vegades. No surten gaire, perquè no tenen cotxe pel tema de l'alcoholisme i de l'atur, però a ell li agradaria comprar-ne un.

Passem a la seva **història de parella**, però abans hem de preguntar sobre el **primer matrimoni del Josep**. Ell diu que en dos anys es van separar i després es van divorciar, ell se'n va anar a viure sol i la seva primera dona es va quedar amb el pis. Es va casar als 24 anys, eren els dos d'una colla d'amics. Amb aquest primer matrimoni era una discussió constant, però la separació va ser amistosa i es van repartir els béns.

L'Elena i el Josep també eren d'un grup d'amics i es coneixien quan ell era casat i ella tenia un novio, el Miquel, que treballava amb el Josep, i amb el que va sortir durant 4 anys. Més endavant tots dos van deixar-ho amb les seves parelles i van començar a sortir. El Miquel es va mostrar content de que ells dos sortissin.

Per a cap dels dos és un record negatiu aquella etapa, però el Josep creu que era estrany i que encara no ho entén gaire, perquè el Miquel era una persona rara, ja que era molt nerviós i tenia crisis d'ansietat.

Després de deixar a les seves primeres parelles van trigar uns dos mesos a sortir junts. Van passar dos anys i se'n van anar a viure junts, ell abans vivia sol i ella amb la seva mare. El Josep li va proposar a ella de viure junts, perquè la seva sogra no deixava que l'Elena anés de cap de setmana amb ell. Amb motiu de la mort del pare d'ella van retrassar-ho uns mesos. Un altre problema era que el Josep no volia casar-se i la seva sogra era molt religiosa i s'oposava a això. Ell era contrari al matrimoni i a ella li donava igual, fa pocs anys es van fer parella de fet. Amb el Miquel, l'Elena havia parlat de casar-se pel civil.

El terapeuta pregunta **què els va atraure l'un de l'altre**: l'Elena diu que ell era el seu amic i que xerraven molt, més que ara. Era molt semblant a ella, però ara ja no ho veu així. El Josep diu que parlaven molt, hi havia atracció i va venir sol. Coincidien en moltes coses, els dos eren impulsius i ella era optimista. Hi havia atracció per les afinitats, però amb el temps ha vist moltes diferències.

Pel que fa al **balanç de l'etapa de nuvis** diuen que va ser positiva, però el Josep era molt gelós i es barallaven per això. Ella va estar a punt de replantejar-se la relació per aquest motiu, però finalment es van ajuntar.

Durant aquesta època l'alcoholisme ja hi era, però sortien molt i no se n'adonaven, ella ho va veure quan va néixer la seva filla. Tots els seus amics bevien i ella a vegades també s'emborratxava i no es veia com un problema.

Van **estar vivint junts 3 anys sense la nena**, i ho valoren positivament, la convivència era bona. El Josep recorda que només s'enfadava perquè la seva sogra trucava cada setmana per si anaven a dinar el diumenge i ell no volia anar-hi. Ho van solucionar anant l'Elena sola amb la nena i ell quedant-se a casa, encara ara ho fan així.

La **decisió de tenir un fill** va ser quan a ella la van fer fixa a la feina, a ell li feia por per la responsabilitat, i a ella li feia molta il·lusió. L'embaràs va ser molt bo i el temps de baixa maternal també. Però ella va començar a adonar-se que ell tenia problemes amb l'alcohol i es sentia molt sola passant l'embaràs.

El Josep recorda d'aquell temps que la mare de l'Elena l'absorbia i ell es quedava fora, es va distanciar d'ella. L'Elena creu que ell exagera molt tots els records, però diu que sempre s'han barallat per la seva mare i que és el tema central entre ells.

Quan va néixer la Mireia les àvies es van oferir a cuidar-la, perquè es van quedar sense plaça a la guarderia. Ell també estava a casa perquè no tenia feina, però amb les dues àvies, perquè no s'atrevia a estar sol amb la nena, a més necessitava sortir quan volia. Ella diu que ell és un pare molt sobreprotector i que ella s'hagués quedat molt tranquil·la si ell sol hagués volgut cuidar a la filla. Aquest període va durar dos anys fins que la Mireia va entrar a la guarderia però a ell li va marcar molt.

El Josep explica que van arribar a un punt d'empenyament constant per la nena, la sogra i l'alcohol, i des de llavors va estar 4 ó 5 anys bevent fins que ho va deixar per primer cop, això va deteriorar molt la relació entre ells.

L'Elena diu que ell exagera molt les coses, ella no veu un problema tant gran amb la seva mare, perquè la nena s'estima molt a la seva àvia i ella no li veu res de dolent.

El Josep va començar a detectar el seu problema d'alcoholisme i va ingressar-se aconsellat per un amic que li va parlar de Sant Pau. Aquest fet a nivell de parella, al principi va ser positiu, perquè ell ja no sortia per la nit i estava a casa. Abans quan bevia venia amb ganes de discutir i ella va optar per no dir res, ja que no es podia raonar amb ell. Ell diu que no resolien els problemes que amb ella tot quedava sempre en l'aire. També recorden moltes discussions pel tema que ell perdia totes les feines, perquè agafava la baixa, arribava tard...

Quan va deixar de beure va estar uns 2 anys, però no va anar bé del tot. Ell sempre li anava al darrera i ella no hi era, s'allunyava. Ell sent que encara passa això ara. Ella explica que està molt farta de sentir-lo, està saturada de les seves obsessions i s'ha tornat com sorda.

El terapeuta pregunta per què va recaure, el Josep parla de desgana i desil·lusió, s'autoenganyava i es desconnectava amb l'alcohol. Aquesta recaiguda va durar fins al desembre de l'any passat, va ser una etapa de 5 anys més bevent, escapant-se de la família. Al principi mantenia un nivell de consum d'alcohol, però després es va anar descontrolant, la conducta addictiva hi era igualment des de l'inici i el problema existia.

Durant aquests anys de consum, el Josep es desconnectava i se n'anava 2 ó 3 hores a la nit, es discutien, ella l'intentava frenar però ell passava de tot. Els dos creuen que l'alcohol li servia a ell per a què l'Elena reaccionés, així la fastidiava. Ella creu que encara això està present i funciona, perquè ella el pressiona amb el tema de buscar feina i ell li diu que si no està bé del tot, tornarà a caure. Ella no li veu un interès pel tema de trobar feina, ell diu que s'ha centrat en si mateix, llegeix llibres... ella ho entén, però no veu que faci res per buscar feina.

Des de que ell no beu estan millor, de moment han recuperat la convivència però segueixen discutint molt. La relació és seca, poc afectuosa, tots dos han donat passes però hi ha rebuig.

A l'Elena no li agrada discutir, està farta d'això. A vegades tenen algunes converses sobre temes generals, però quan parlen de sentiments i emocions topen. Ella sent que quan parlen d'ells com a parella, ell l'esquiva i surt amb altres temes.

L'Elena no va voler tenir més fills degut als problemes que han tingut.

El terapeuta els pregunta **com es valorarien com a pares**, l'Elena diu que malgrat tots els problemes que han tingut, amb la filla no ho han fet malament. El Josep creu que l'Elena li contesta sovint malament a la Mireia i que no la valora. Ella diu que amb la nena hi ha moltes manifestacions d'afecte, però que entre ells no. De l'educació de la Mireia en parlen, però en coses no es posen d'acord.

Es pregunta sobre **quin és el seu sentiment respecte a la seva relació**, el Josep parla de fredor, rutina i falta de comunicació, parlen però no concreten, perquè és una dinàmica adquirida. Entre ells el que no hi ha és ràbia. L'Elena explica que es va plantejar la separació, perquè va perdre el desig de canviar, però ara intenten de nou millorar.

Comenten que mai han sortit sols en aquests 9 mesos en que ell no ha begut.

Per últim, se'ls demana si volen comentar alguna cosa més, el Josep manifesta que està il·lusionat per buscar feina. També diu que no li sap greu que vagin l'Elena i la Mireia de cap de setmana, perquè s'ho passen bé, però que no sap si és convenient o no.

El terapeuta es s'acomiada explicant que se'ls enviarà un informe a casa fent una valoració de la seva situació i una proposta d'intervenció amb ells. Es troben en un procés de reconstrucció de parella, però cal veure si hi ha possibilitats, si és massa lent, si va bé... També se'ls comenta que tenir moments de parella sols en diferents contextos és important i positiu. El terapeuta li diu al Josep que trobar feina l'ajudarà i que de totes maneres que no consumeixi alcohol és ja un gran pas.

8.7.PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS:

A) DATOS PERSONALES:

ID

DIAGNÓSTICO: alcoholismo y problemas de relación conyugal

Nº HISTORIA:

EDAD PI: 47

EDAD CÓNYUGE: 41

PROFESIÓN PI: empleado, administrativo programador.

SITUACIÓN LABORAL: paro

SITUACIÓN LABORAL: insatisfactoria

PROFESIÓN CÓNYUGE: administrativa, empresa de seguros.

ORIGEN PI: Cataluña

ORIGEN CÓNYUGE: Cataluña

MISMO ORIGEN: sí.

B) PATOLOGÍA Y FACTORES RELACIONADOS:

EDAD INICIO TTO: 33 años.

EDAD INICIO PERCEPCIÓN SUBJETIVA: 37 años

AÑOS EVOLUCIÓN ENFERMEDAD (desde inicio tto.): 14 años

INGRESOS PSIQUIÁTRICOS: 2 ingresos de desintoxicación de alcohol

MOTIVO INGRESO: alcoholismo

TENTATIVAS DE AUTOLISIS: ---

IDEACIÓN SUICIDA ESTRUCTURADA: ---

TRATAMIENTOS ACTUALES: Tratamiento farmacológico, seguimiento con controles de analíticas y terapia grupal para alcohólicos

ABORTOS: ---

NACIMIENTOS NO DESEADOS: ---

Nº HERMANOS PI (incluido PI): hijo único

Nº HERMANOS CÓNYUGE: la mayor de tres, un hermano y una hermana.

LUGAR EN LA FRATRÍA PI: único

LUGAR EN LA FRATRÍA CÓNYUGE: hija mayor

QUIÉN RESPONDE PRIMERO: en general la esposa

DEFINICIÓN INICIAL: conflicto de relación de pareja y con el manejo de la hija

UNANIMIDAD 1º DEFINICIÓN: Sí pero con discrepancias

Si discrepancias explicar... Ella pone el acento en la relación de pareja y el PI en las dificultades con la hija

INICIO SINTOMATOLOGÍA: detectado por la pareja durante el primer embarazo de la pareja, síntomas existentes desde noviazgo.

INTENTOS/IDEACIÓN DE SUICIDIO: ---

Frases significativas... "ahora que estoy mejor (refiriéndose al alcoholismo) hay cosas que han empeorado"

C) FAMILIA DE ORIGEN DEL PI Y EL CÓNYUGE:

PARENTALIDAD PI: describen funciones nutricias conservadas por el padre y deficitarias por la madre. Pero en situaciones sociales deficitarias por ambos. Destaca valoración contradictoria. Funciones normativas poca exigencia. Dificultad de relación hasta la actualidad.

Cónyuge: Ella describe sentirse valorada por sus padres.

Funciones normativas de exigencia alta, por parte materna. Nutricias deficitarias ambos distantes. PI enfatiza que FO critica a su cónyuge a sus espaldas.

CONYUGALIDAD PADRES PI: Armoniosa y complementaria.

Frases: "Madre era insegura y se supeditaba".

Madre Posibilidad de cuadro dístimico. PI era el depositario de críticas por parte de ambos.

Cónyuge: relación armoniosa, complementaria. Madre Dx de Depresión y tratamiento después de muerte del esposo. Descrita por PI con personalidad obsesiva. Tres hijos crean subsistema fratría, ante distancia emocional de los padres.

CLIMA EMOCIONAL PI: Frío, "aburrido"

CONYUGE: frío y "distante"

APRENDIZAJE EMOCIONAL PI: Instrumentalización, descalificación.

Cónyuge: Inhibición de respuestas emocionales.

COHESION PI: desligada.

Cónyuge: aglutinada

Relación del PI con FO del cónyuge: Rechazo Inicial y actual.

Relación cónyuge con FO del PI: **Aceptación inicial y actual.**

D) FAMILIA PROCREACIÓN:

Nº HIJOS: 1 hija, Mireia, 11 años.

CICLO VITAL: escolar.

ESTUDIOS PI: Bachiller.

ESTUDIOS CÓNYUGE: Bachiller.

SALUD FAMILIAR: El PI ha tenido problemas de hígado por la bebida, pero se ha ido recuperando. Alcoholismo detectado hace 11 años por cónyuge.

Iniciativa en consolidar relación: **el pide convivencia pero rechaza casarse debido a separación. Ella acepta.**

Motivo de elección: **similitud, compañero.**

Predominio: simetría.

Tiempo total etapa novios: tres años antes de convivencia.

Tiempo total convivencia: 14 años.

Describen funciones nutricias conservadas. Desconfirmación del cónyuge.

Cónyuge: El describe que madre no valora nunca a su hija.

Funciones normativas de exigencia media, ella describe el padre (PI) como sobreprotector.

EXISTENCIA DE CONFLICTOS/DESACUERDOS Negados durante un tiempo prolongado y explícitos de una forma mas reciente explícitamente.

AREAS DE DESACUERDO:

Contacto con FO.

Participantes en educación de la hija.

Énfasis en retomar empleo durante rehabilitación alcoholismo.

AÑOS DE DESACUERDO CONFLICTO RELACIONAL: Desde nacimiento de hija hace 11 años ha pasado etapas de altos y bajos pero con degradación progresiva y distanciamiento.

DESEOS DE SEPARACIÓN Cónyuge describe pensamientos y planteamientos de separación. Evitación de ruptura por motivos económicos y preservar parentalidad de la hija.

Explicitación de imposibilidad de ruptura: ¿?

Factores desfavorables: Existentes para ambos debido a limitados ingresos pero mas significativos para PI con largos periodos de desempleo y pobre historia laboral.

Cónyuge atrapado en conflicto de lealtades: **Sí (la esposa está entre el marido y su madre).**

Fracaso de la Igualdad: No.

Fracaso de la protección: Sí

Frases: la esposa dice que está harta de escucharle y que llegó a perder el deseo de cambiar.

Triangulación hijos: No

Parentalización hijos: No

FUNCION DE LOS SINTOMAS

Papel Inductor del cambio de conducta: Del cónyuge.

Frases: antes del último ingreso ella le planteó la separación.

Los síntomas como reto para el cónyuge: Sí.

Frases: Los dos creen que el alcohol le servía al PI para que su cónyuge reaccionara.

Fracaso o impotencia del cónyuge en el papel de vencer o controlar los síntomas del PI: Sí.

Frases: Cónyuge describe desánimo y estar harta de escuchar las mismas excusas y reclamos.

Reactivación de conflictos con la FO: constantes por parte del PI (con su madre, su suegra y sus cuñados).

Incidencia de nuevos factores externos negativos: Sí

Especificar: El PI manifiesta temor al empezar a trabajar y recaer por no estar recuperado del todo. También le preocupa el hecho de quedarse los fines de semana solo en casa.