

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Estructura de la familia de origen del paciente alcohólico

Autor: Andrea Vázquez Cárdenas

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestría en Psicoterapia de Familia [SIC]**

**Nombre del asesor:
Judith López Villegas**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ESTRUCTURA DE LA FAMILIA DE ORIGEN
DEL PACIENTE ALCOHOLICO"

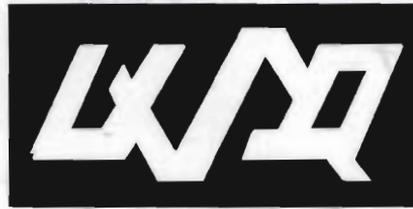
TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA
EN PSICOTERAPIA DE FAMILIA
PRESENTA:



997
ZAVALA

TM116



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA
EN PSICOTERAPIA DE FAMILIA

PRESENTA:

A. ANDREA VAZQUEZ CARDENAS



MORELIA, MICH
MARZO, 1997

ACUERDO N°. MAES 960402
CLAVE 16PSU0020A

INDICE

RESUMEN.....	1
---------------------	----------

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 Generalidades.....	2
1.2 Planteamiento del problema	10
1.3 Motivación del investigador	11
1.4 Justificación.....	14

CAPITULO II

ANTECEDENTES

2.1 Diversas conceptualizaciones del alcoholismo	22
2.2 El alcoholismo y la familia en el México Pre-hispánico y en la Biblia.....	31
2.3 Prevalencia del alcoholismo	49

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 Teoría General de los Sistemas y familia	56
3.2 Alcoholismo y violencia en la familia	70
3.3 Alcoholismo y Familia	80

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Metodología	97
4.2 Objetivos.....	98
4.3 Planteamiento del problema	100
4.4 Hipótesis.....	101
4.5 Variables.....	102
4.6 Muestra.....	104
4.7 Instrumentos	105
4.8 Procedimiento.....	115
4.9 Analisis Estadístico.....	116

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Análisis de resultados.....	118
5.2 Discusión	127
5.3 Conclusiones	134
5.3 Sugerencias	135

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	137
--	------------

ANEXOS	143
---------------------	------------

RESUMEN

En este estudio se establecen las diferencias estructurales existentes entre la familia de origen del paciente alcohólico y la del paciente no alcohólico. La definición de alcohólico se tomó del Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), siendo definido como alcohólico quien resultó AUDIT POSITIVO y no alcohólico quien resultó AUDIT NEGATIVO. La estructura familiar se investigó con la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II (FACES II). Y se usaron como pruebas estadísticas una "t" de Student y un análisis de varianza. Los resultados mostraron una menor adaptabilidad en la familia de origen del paciente alcohólico, tanto a demandas internas del propio sistema familiar, como ante demandas externas, consecuentemente el grado de rigidez de estas familias fue mayor que en las familias de origen de pacientes no alcohólicos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 GENERALIDADES

El alcoholismo es un problema grave para la salud pública dada la prevalencia tan alta del fenómeno y el hecho de que afecta fundamentalmente a individuos en la etapa más productiva de su vida, las consecuencias del alcoholismo se dejan sentir en los espacios psicológico individual y social, biológico, de interacción familiar, de funcionamiento social e incluso en los componentes económicos del individuo, la familia y la sociedad en general.

Los aspectos orgánicos del alcoholismo, sobre todo sus consecuencias, han sido ampliamente estudiados por investigadores de todas las latitudes, dado que se trata de un problema importante para la salud, que no respeta raza, género, credo ni fronteras. Anderson (1993) realizó una revisión de 156 artículos que proveen suficiente información que relaciona el consumo del alcohol con un riesgo mayor de sufrir diferentes daños físicos como: cirrosis hepática, cáncer de orofaringe, cáncer de laringe, esófago y recto (bebedores de cerveza únicamente), se encontró que el abuso de alcohol incrementa así mismo el riesgo de padecer arritmias cardíacas, cardiomiopatías y muerte repentina por coronariopatías, aun cuando se

reporta cierto efecto protector de las coronarias si el consumo no excede a 10 gr. de alcohol por día. El alcoholismo crónico se manifiesta incluso a nivel óseo, determinando osteopenia aún cuando no exista hepatopatía importante. La osteopenia es debida a una disminución de la actividad osteoblástica consecutiva al uso crónico de alcohol (González 1993).

Otro aspecto del alcoholismo ampliamente estudiado desde el punto de vista orgánico es la conducta agresiva. Se encontró que existe una baja concentración del ácido 5-hidroxi-indol-acético en líquido cefalorraquídeo de alcohólicos agresivos y esto se asocia con irritabilidad y dificultad para el control de impulsos, también se encontró una concentración alta de testosterona libre en el mismo líquido cefalorraquídeo relacionada con la alta agresividad, con la conducta suspicaz y con la disminución en la capacidad de socialización (Virkkunen 1994).

Los avances en las neurociencias nos han dado claves importantes acerca de donde y como el alcohol afecta al cerebro. Se conoce que el alcohol modifica el funcionamiento de las membranas, alterando los procesos de intercambio iónico y la interacción de los neurotransmisores con los receptores. No se ha establecido satisfactoriamente de que manera estas modificaciones neuronales determinan los cambios conductuales de los alcohólicos, tampoco se ha establecido con precisión si existe un patrón genético en la trasmisión del alcoholismo, ni que peso tienen otros

factores tales como el ambiente en que se desarrolló el individuo para la determinación del padecimiento (Hunt 1993).

La susceptibilidad física de los individuos al alcohol es muy variable y esto parece depender, según se desprende de algunos estudios, de factores genéticos, esto significa que es biológicamente determinado, por ejemplo, los efectos teratogénicos del alcohol pueden ser influidos por la diferencia en la resistencia y susceptibilidad fetal genéticamente determinadas. El estudiar gemelos monocigotos y dicigotos de madres alcohólicas da una oportunidad única para conocer mejor este fenómeno; en gemelos dicigotos se encontraron diferencias en el grado de afectación mental, mientras que en los monocigotos el grado de afectación fue muy semejante lo cual habla de la influencia moduladora de genes ante los efectos teratogénicos del alcohol (Streissguth 1993).

Los efectos lesivos del alcohol no se limitan a los individuos consumidores, sino también involucran a sus hijos quienes son afectados biológica y psicológicamente. Los hijos de padres alcohólicos sufren diferentes trastornos, desde el "síndrome del feto alcohólico", hasta alteraciones en el desarrollo del lenguaje y desordenes psicológicos, en parte por el efecto del alcohol sobre el producto ya que atraviesa muy fácilmente todas las membranas de la economía, incluyendo la placenta, y en

parte debido al ambiente disfuncional dado por el alcoholismo del progenitor (Manzano 1993).

Las explicaciones de la etiología física y mental del alcoholismo no son incompatibles; las búsquedas genéticas y bioquímicas son una promesa. El desarrollo del tratamiento es aún limitado y los enfoques fisiológico, psicológico y social deben ser complementarios y no excluyentes, para tener un mayor entendimiento de los fenómenos involucrados en la génesis del alcoholismo y de esta manera las posibilidades de un tratamiento exitoso, serán mayores (Chick 1993).

Con el advenimiento de la Teoría General de los Sistemas propuesta por Von Bertalanffy en 1945 se sientan las bases para el desarrollo de la "Terapia de Familia", como una forma de abordar los diferentes problemas que aquejan al individuo, conceptualizándolo como un "sistema abierto" en intercambio constante con el medio. El medio ambiente primario de un individuo es la familia y si ésta no cumple sus funciones, el individuo será el lesionado psicológicamente, ya que se gesta y desarrolla en una familia disfuncional siendo el mismo parte de la disfunción. Las disfunciones familiares se expresan de muy diferentes maneras y una de ellas es la conducta de adicción al alcohol. No se trata de descartar los factores biológicos tales como los genéticos invocados como predisponentes en la

expresión del alcoholismo , se trata de comprender el entorno temprano del paciente alcohólico. Así, Gregory, citado por García-Usieto (1992), tratando de concluir acerca de sus observaciones afirma, que si bien es posible una predisposición genética, ésta no es la única, siendo muy importantes las influencias ambientales y circunstancias del sujeto en general dentro del hogar.

Mucho se ha escrito acerca de que la esposa del alcohólico desempeña un papel de coalcohólica, que de alguna manera, en forma mas o menos encubierta alienta al alcohólico para que siga bebiendo dadas las ganancias secundarias que llega a tener por éste concepto.

Se han realizado estudios tratando de relacionar la imagen corporal, los hábitos alimentarios y el abuso del alcohol. Se encontró que adolescentes femeninas a quienes se les había diagnosticado problemas en la alimentación (Anorexia Nervosa o Bulimia), tenían dos veces más posibilidades de ser "bebedoras problema" que aquellas que no presentaban desordenes en la esfera alimentaria (Striegel 1993). Es importante hacer notar que tanto en la Anorexia Nervosa como en la Bulimia se han aducido trastornos emocionales en su génesis.

Se ha estudiado la influencia que el lugar que ocupa el alcohólico en la línea filial pudiera tener participación en la expresión del alcoholismo, encontrándose, por algunos investigadores, que la prevalencia del alcoholismo en los hijos únicos y en

los menores, era mayor que en otras situaciones, así Gregory reporta que el 25% de los alcohólicos por él estudiados, eran hijos únicos y que entre los "benjamines" la incidencia era al doble. También Blane y Barry III afirman que el alcoholismo predomina en los hijos menores y concluyen ellos que esto es especialmente cierto cuando se trata de familias numerosas (García-Usieto 1992).

En relación al sexo, los hombres suelen abusar más del alcohol que las mujeres. En la encuesta nacional de Adicciones de 1993, se informó que las dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permitió estimar poco más de veintiocho millones de individuos catalogados como tales. De ellos, el 70.1% pertenecen al grupo de edad entre los 19 y 65 años. Con respecto al género, de los bebedores, el 77.2% son hombres y el resto mujeres. El estado civil no se presenta como una variable, que, de manera aislada, pueda marcar notables diferencias en cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas.

Se han estudiado las características de personalidad en adultos que son hijos de alcohólicos, con la consiguiente disfuncionalidad de su familia de origen, comparándolos con adultos provenientes de familias no disfuncionales. Las diferencias en las características de personalidad fueron particularmente evidentes en el sentido de que los hijos de los alcohólicos mostraron: autodevaluación,

inseguridad en sí mismos, rebeldía, dificultades en el autocontrol de sus emociones, preocupación por el futuro e inmadurez (Fisher 1993).

Hill (1992), estudió la importancia de la interacción con un medio familiar de riesgo para la conducta alcohólica, reporta que la vulnerabilidad biológica no siempre es necesaria ni suficiente para determinar el desarrollo del alcoholismo aún cuando si implica mayor riesgo, y le da mucho más peso como factor de prevención del alcoholismo a unas relaciones familiares positivas, que al efecto potencialmente negativo de una historia familiar de alcoholismo.

McKay (1993), estudió la dinámica familiar del alcohólico y concluye que la familia del alcohólico frecuentemente tiene problemas para funcionar efectivamente, los roles en la familia pueden estar perdidos o muy distorsionados y los patrones de conducta apropiada algunas veces no se han establecido.

Devine (1993), estudiando los mecanismos psicológicos que le permiten a los hijos de los alcohólicos sobrevivir, reporta que los mecanismos usados son básicamente el desarrollo de conductas compulsivas que tiene valor para sobrevivir a corto plazo, pero resultan disfuncionales cuando el individuo crece y abandona el hogar, hace hincapié en la desorganización familiar que se asocia sistemáticamente al alcoholismo.

Garcia-Usieto (1992), estudió las variables sociofamiliares relacionadas con el consumo del alcohol, observó una prevalencia del consumo excesivo que tiende a ser más elevada en solteros que en casados, sin alcanzar niveles de significación estadística. Una posible explicación que el autor da para estos resultados es que los individuos que tienen lazos afectivos pobres se encuentran en circunstancias de mayor riesgo para el consumo patológico de alcohol.

Al hablar del alcoholismo, estamos frente a un problema muy complejo, muy importante para la Salud Pública, dado lo alto de su prevalencia y las dramáticas consecuencias en todas las esferas de la vida del ser humano. Un problema grave, poco comprendido fundamentalmente en lo que se refiere a su génesis y que precisa de un estudio multidisciplinario para su comprensión y posibilidades de tratamiento. Siendo la Terapia Familiar una modalidad terapéutica relativamente reciente en nuestro país, resulta interesante la búsqueda de características de funcionamiento y estructurales comunes en las familias de origen del paciente alcohólico. No tanto en la familia que estructura, dado que generalmente llega a ella con su adicción latente o expresada. Esto a fin de tener un panorama más amplio de las circunstancias en las que se gesta y expresa el alcoholismo de una parte del sistema familiar, con lo que las alternativas terapéuticas estarían mejor encaminadas .

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximarnos al estudio del paciente alcohólico, no como organismo enfermo, sino como persona enferma, implica evaluarlo de manera integral, desde las bases biológicas contenidas en su genotipo, hasta la influencia modeladora de su familia de origen. La familia, es la realidad social más próxima al individuo y los aprendizajes tempranos que se dan en ella, lo marcan indefectiblemente, modificando la posibilidad de expresión del alcoholismo. Partiendo de aquí, el problema se podría plantear en los siguientes términos:

¿Cual es la estructura de la familia de origen del paciente alcohólico?

¿Será diferente la estructura de la familia de origen del paciente alcohólico de la del no alcohólico?.

1.3 MOTIVACION DEL INVESTIGADOR

La prevalencia del alcoholismo tan alta, como ya se ha citado, y dado que suele afectar en gran medida a los individuos que se encuentran en la etapa más productiva de su vida, es inevitable que en el trabajo diario, tanto a nivel institucional como privado, los que nos dedicamos a la salud mental, encontremos con frecuencia la demanda de atención a este tipo de pacientes. La comprensión que tenemos del fenómeno desde el punto de vista biológico avanza prometedoramente día a día, pero en lo que respecta a los factores psicológicos, desde la individualidad hasta la familia o la sociedad, donde se gesta y expresa el alcoholismo, la comprensión es bastante incompleta y a menudo contradictoria.

En un intento de ampliar el conocimiento que se tiene del fenómeno, desde el punto de vista de la estructura y funcionamiento de la familia de origen del paciente alcohólico, me interesé en realizar esta investigación, donde lo que se estudia es a la familia de origen del paciente, no a la familia que él integra ya como adulto, sino aquella donde nació y creció, donde se estructuró primordialmente su personalidad. Finalmente, cuando integra una familia, el individuo ya es un alcohólico y las características de funcionamiento de la misma estará matizadas en mayor o menor medida por esta condición.

La idea es que si conocemos mejor la dinámica familiar donde se gestó el alcoholismo, tendremos mayores recursos o estaremos mejor orientados para ayudarle a superar su adicción, con esto, la desesperación y frustración que nos invade a los trabajadores de la salud mental, cuando tratamos a este tipo de pacientes será menor y consiguientemente la actitud será distinta, de mayor esperanza, que es uno de los factores terapéuticos inespecíficos que siempre se instilan en toda relación médico-paciente.

El rechazo al paciente alcohólico por parte del médico es un fenómeno bien conocido y descrito por muchos autores. Entre otros, Patiño (1980) afirma: "El mundo existencial del alcohólico es poco conocido de los psiquiatras, entre otras cosas por que no se le estudia en profundidad. A lo más, es acreedor a una biografía de superficie, que dice en general bien poco, y se escapa por completo el campo de sus íntimas vivencias. Aquí, la actitud escéptica del médico, su impaciencia y el rechazo hacia el paciente, juegan un papel central".

El Dr. Elizondo (1982) escribe "los fenómenos más relevantes que son observados en el tratamiento asistencial son: la proporción muy alta de pacientes con problemas derivados del consumo del alcohol, la alta reincidencia de éstos y el rechazo y la hostilidad que reciben por parte del personal médico y paramédico".

El rechazo, hostilidad y falta de interés del médico por el paciente alcohólico, podría explicarse cuando menos en parte por la enorme ignorancia que existe en torno al fenómeno del alcoholismo, es por esto que consideré que cualquier investigación, por simple que sea, que intente aclarar una parte del problema, resulta atractiva y útil.

1.4 JUSTIFICACION

La prevalencia del alcoholismo en México, según la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1993 por el Sistema Nacional de Encuestas de la Secretaría de Salud, reporta que aproximadamente las dos terceras partes de la población a nivel nacional clasifica como bebedores, de ellos, el 70.1% se encuentra en el grupo de edad comprendido entre los 19 a 65 años. Esto nos habla de la magnitud del problema y tomando al alcoholismo con un criterio médico, el alcohólico es tributario de un tratamiento, sin embargo, con estos pacientes, el fracaso es la regla. Se han intentado tratamientos psicoterapéuticos individuales con diversas orientaciones, psicoterapia de grupo, terapia conductual, terapia aversiva y en las últimas décadas se ha intentado el tratamiento con la terapia familiar, que es una modalidad terapéutica relativamente nueva en nuestro país.

Freud se interesó en la comprensión profunda del mundo intrapsíquico del individuo, pero su renuencia a hacer participar a los miembros de la familia en el tratamiento de individuos, así como su concepción del individuo como un sistema cerrado, establecieron la práctica de excluir a la familia de la mayoría de las formas de psicoterapia. Sin embargo, cuando los terapeutas comenzaron a advertir que, cuando trataban a un solo individuo, no se hacía visible una parte del problema total, que el tratamiento era a menudo boicoteado por la familia, que era por excepción

que el paciente hiciera progresos perdurables cuando su familia no cambiaba y que, la terapia individual a menudo fracasaba, se reconsideró esta exclusión de la familia del tratamiento y surgieron los pioneros de la terapia familiar.

En el momento actual, muchos terapeutas familiares tienen su fundamentación teórica en la Teoría General de los Sistemas, propuesta por Von Bertalanffy en 1945. Las ideas centrales de esta teoría radican en que la totalidad se considera mayor que la suma de sus partes; cada parte solo puede ser comprendida en el contexto de su totalidad; un cambio en cualquiera de las partes afecta a todas las demás; la totalidad se regula a sí misma por medio de una serie de circuitos de retroalimentación que se denominan circuitos cibernéticos. La información va y viene por estos circuitos de retroalimentación a efecto de suministrar estabilidad u homeostasis al sistema. Las partes cambian constantemente para mantener equilibrado al sistema. El sistema global mantiene su forma a medida que cambia el patrón de los vínculos entre las partes. (Bertalanffy 1976). Este concepto de regulación y organización circular, opuesto a la descripción individual y la explicación lineal, se ha convertido en el fundamento sobre el que se apoya la terapia familiar.

Dicho concepto supone que ningún hecho o comportamiento aislado ocasiona otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y

comportamientos aislados. Estos hechos y comportamientos, forman con el tiempo, patrones persistentes y recurrentes, que operan para equilibrar a la familia y permitirle pasar de una etapa evolutiva a la siguiente. Toda conducta, incluyendo la sintomática, como es el ingerir en exceso bebidas embriagantes, establece y mantiene esos patrones. Esta función reguladora se considera más importante que la conducta o el síntoma como entidad en y por sí misma. El interés primordial del terapeuta familiar se relaciona con el funcionamiento de la conducta y con el modo en que la función de un comportamiento aislado se conecta con la función de otro comportamiento aislado a efectos de preservar el equilibrio de la familia.

No se considera que los miembros de la familia poseen ciertas características innatas, sino que manifiestan una conducta en relación con la conducta de otros.

Se considera que ninguna persona tiene el control unilateral sobre ninguna otra. El control está en el modo en que el circuito se organiza y continúa operando.

En el pensamiento sistémico no hay términos absolutos ni certidumbres; la realidad y la verdad son circulares.

Los ciclos conductuales en cada familia son gobernados por un sistema de creencias que se componen de una combinación de actitudes, supuestos básicos, expectativas,

prejuicios, convicciones y creencias, aportadas a la familia nuclear por cada progenitor, a partir de su familia de origen. Estas creencias individuales se entrelazan para formar las premisas rectoras que gobiernan a la familia. No son las creencias o suposiciones individuales de cada progenitor, lo que el terapeuta considera importantes, sino el modo en que estas se entrelazan para formar las reglas operantes en la familia (Hoffman 1987).

El hecho de conocer el sistema de creencias de cada miembro de la pareja brinda un contexto más amplio a partir del cual se puede intervenir terapéuticamente, y si conocemos la estructura y funcionamiento de la familia de origen del paciente alcohólico, las posibilidades de intervenciones terapéuticas exitosas se incrementarían.

La familia es un sistema activo en transformación constante; dicho de otro modo, un organismo complejo que se modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este proceso doble de continuidad y crecimiento permite que la familia se desarrolle como un conjunto y al propio tiempo asegura la diferenciación de sus miembros.

La necesidad de diferenciación, entendida como necesidad de expresión del "sí-mismo", de cada quien, se integra entonces con la necesidad de cohesión y de

mantenimiento de la unidad del grupo en el tiempo. De esta manera se hace posible que el individuo, con la seguridad de su pertenencia a un grupo familiar suficientemente cohesionado, se diferencié poco a poco en su "sí-mismo" individual; en este proceso se volverá cada vez menos esencial para el funcionamiento de su sistema familiar de origen, hasta que al fin se separe de este y pueda constituir a su vez, con funciones diferentes, un sistema nuevo.

A juicio de algunos investigadores, por ejemplo Bowen, la impronta familiar es tan determinante que el nivel de autonomía individual se puede definir muy precozmente en la infancia, y es previsible su historia futura "sobre la base del grado de diferenciación de los progenitores y del clima afectivo dominante en la familia de origen"

Bowen (1966) asocia la patología a la rigidez del sistema familiar e indica que esta rigidez aumenta cuando la familia se enfrenta a un cambio o sufre una tensión.

En relación a los límites, Bowen habla de la "indiferenciada masa del ego familiar" que significa "una persistente necesidad emocional de los miembros de la familia de permanecer juntos". Para Lyman Wynne, la patología de los límites se llama "seudomutualidad" que no significa una verdadera intimidad sino unos límites muy permeables, a éstos límites los llamó "cerca de caucho", una barrera al parecer

flexible pero en realidad rígida para todo lo de afuera del sistema familiar. En los miembros de éstas familias existe un intenso deseo de relación mutua, con incapacidad para tolerar diferencias o disensiones. Los hijos de éstas familias se encuentran atrapados en el dilema de no poder nunca diferenciarse ni separarse por que todo intento en éste sentido, causa expectativas de desastre (Hoffman 1987). El síntoma (alcoholismo) se explicaría como parte integral de las resistencias de la familia a la diferenciación de un miembro que al transformarse en un alcohólico se hace dependiente de su familia.

Para Minuchin (1974) también la rigidez de los límites genera patología y a éste tipo de familias las llama "familia enredada" generadoras de disfunciones. En las familias enredadas hay una falta de diferenciación de los miembros individuales y los límites entre los subsistemas son muy débiles, el límite entre la familia nuclear y la familia de origen no se mantiene bien, el límite que separa a los padres de sus hijos frecuentemente es invadido de manera inapropiada y los roles de cónyuge y de padre nunca están claramente diferenciados, de modo que ni el subsistema de cónyuge ni el subsistema de padres pueden operar con facilidad, las interacciones difícilmente son diádicas, habitualmente son triádicas caracterizadas por una secuencia rígida, que promueve un sentido de vaguedad y confusión en todos los miembros de la familia.

Bateson en 1972 acuñó el término "esquismogénesis", esta palabra describe un proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultado de la interacción acumulativa entre individuos, éstos procesos se distinguen por el hecho de que se desarrollan por reacciones mutuas de ciclos autorreforzantes, que pueden ser de dos tipos: Simétricos y Complementarios. El alcohólico estaría en un ciclo esquismogénico complementario, donde se requiere de que una parte del sistema sea dominante y otra sumisa. A través de su dependencia al alcohol, el alcohólico se somete a los requerimientos de la familia.

Otro investigador de la familia, Reiss, citado en Hoffamn (1987) se muestra claro acerca de la necesidad de ver la pauta de toda una familia o pauta sistémica. Sugirió la existencia de miniuniversos familiares muy distintos entre sí y que se correlacionaban íntimamente con los agrupamientos observados en la clínica. Reiss llamó a estas categorías "sensible al consenso", "sensible a la distancia interpersonal" y "sensible al medio". Las familias "sensibles al consenso" experimentan la necesidad de estar todo el tiempo unidas y de acuerdo entre sí, sus miembros experimentan al ambiente como amenazador y peligroso, corresponden a las características que Wynne llama "seudomutualidad" y "cerca de caucho", confirman la calidad de "enredada" de Minuchin y la "tendencia a la fusión emocional y la indiferenciación" que describe Bowen.

Los autores citados con antelación, son pilares en la estructuración de la teoría y práctica de la terapia de familia, todos ellos coinciden en destacar, como fuente de patología, la alteraciones en los límites entre los subsistemas que componen la familia y la inadecuada capacidad para cambiar las reglas que rigen a la familia cuando el cambio es demandado por estímulos internos o externos al sistema familiar. A fin de conocer la estructura y funcionamiento de la familia de origen del paciente alcohólico, se decide la aplicación de un instrumento que investiga dos dimensiones fundamentalmente y que se refieren a la patología de los límites y de las tendencias morfoestáticas y morfogénicas del sistema familiar, estas dos dimensiones son llamadas "cohesión" y "adaptabilidad".

Desde el punto de vista de la Terapia Familiar, la patología se define como una alteración en el equilibrio funcional y/o estructural de la familia, más que como un trastorno de alguno de sus miembros.

Acercándonos al estudio del alcoholismo con este enfoque, de que el paciente identificado (alcohólico) es sólo un síntoma de una disfunción familiar, la comprensión de la estructura y de los patrones de funcionamiento de la familia, constituyen el punto de partida para que mediante la terapia puedan corregirse estas alteraciones que provocan sufrimiento o tensión en el sistema.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

2.1 DIVERSAS CONCEPTUALIZACIONES DEL ALCOHOLISMO

Las actitudes que se han tenido a lo largo de la historia hacia el alcohólico han variado considerablemente, dependiendo del marco conceptual mediante el cual se ha abordado el problema del alcoholismo. Dentro de la concepción judeo-cristiana se considera al alcoholismo como un "pecado", considerándose también que el individuo es libre de pecar o no. En este orden de ideas, se acepta que existe un control absolutamente consciente sobre todo el acontecer psíquico del hombre, ignorándose totalmente los mecanismos inconscientes que influyen sobre las acciones del individuo. Por consecuencia en esta conceptualización, el alcohólico habría decidido conscientemente serlo y por lo tanto las enfermedades que padeciera a consecuencia de su beber serían el justo castigo, mereciendo además el desprecio y repudio de la comunidad. En este sentido, vale la pena reproducir lo que Eugen Bleuler dice a propósito del alcoholismo "los sujetos dados al VICIO de la bebida se diferenciarían de los sujetos sanos que hacen uso de bebidas alcohólicas en el hecho de no poder dejar de beber, aun cuando quieran hacerlo por comprender que les perjudica. Estarían sometidos a una compulsión íntima que les obliga a buscar el alcohol.

Esta diferencia, desde luego, es puramente teórica. En realidad, nadie va al médico a quejarse de que no se puede dejar el alcohol aunque desee hacerlo, mientras no se hayan mostrado las perniciosas consecuencias del VICIO, tampoco se puede demostrar de un modo objetivo la compulsión íntima a beber. En general el VICIO de beber comienza a desempeñar un papel que requiere intervención médica cuando empieza a provocar efectos perjudiciales" (Bleuler 1971).

Esta concepción ideológica, debido a la gran influencia de la religión judeo-cristiana, ha permanecido por siglos, lo cual impidió una mayor comprensión de la enfermedad, limitándose de esta manera las posibilidades terapéuticas y preventivas. Felizmente ésta situación ha cambiado, se busca actualmente el agente causal de los padecimientos o las alteraciones bioquímicas del metabolismo cerebral responsables de diversos padecimientos, entre otros, el alcoholismo. Actualmente, se trata de dar una explicación al fenómeno de la adicción al alcohol desde una aproximación biopsico-social. Los esfuerzos están encaminados a tratar de entender el fenómeno del alcoholismo aceptando que en el ser humano se dan fuerzas que escapan a su campo de advertencia, y que éstas se expresan en ocasiones en actitudes y conductas proclives para el alcoholismo, liberándose del estigma de "culpa", al ser considerado su "vicio" como una enfermedad, con lo cual se abre el abanico de posibilidades de atender adecuadamente a estos pacientes.

Aún cuando en la actualidad existe coincidencia en el sentido de desestigmatizar al alcoholismo de su connotación de "vicio", encontramos variaciones conceptuales y de definiciones operacionales en torno al alcoholismo. Por ejemplo, tenemos que para H. Baruk, Jellinek y el enfoque psiquiátrico tradicional, el alcoholismo es una enfermedad (Patiño 1980). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera como un síndrome. En 1977, la OMS publicó un trabajo cuya finalidad era esclarecer los conceptos que se tenían sobre el alcoholismo y proponer denominar "síndrome de dependencia al alcohol", a lo que hasta entonces se llamaba solamente alcoholismo (Velazco 1988). Desde la perspectiva psicoanalítica es considerado exclusivamente como un síntoma. Para la corriente Conductista se trata solamente de una conducta aprendida. Para la corriente Culturalista es una desviación. Desde el enfoque criminológico se trata de una conducta delictiva y desde el punto de vista de la corriente Fenomenológico-Existencial, se trata de un síntoma acompañante de otra enfermedad a la cual en ocasiones encubre (Patino 1980). Para la terapia de familia el alcoholismo, como cualquier otro síntoma es conceptualizado en forma sistémica, el alcohólico es el "chivo expiatorio", es el "desviado". La familia proyecta sus conflictos en el miembro sintomático (alcohólico) y puede mantener de esta manera una relación razonablemente armoniosa. Una opinión del significado de la desviación es que promueve la cohesión. La mayoría de quienes escriben sobre la sociología de la desviación convienen con Emile Durkheim en que la principal función del desviado es, para el

grupo, promover la solidaridad y poner en relieve las reglas y normas. Un segundo concepto subraya el peligro para el grupo familiar, Arlene Daniels observa que el proceso de búsqueda de un chivo expiatorio puede servir sólo para que un sistema que ya no es viable siga funcionando largo tiempo después de que debió morir. Una tercera opinión sobre la desviación subraya su función mediadora en situaciones en que otras personas están en conflicto. Muchos teóricos de la familia han observado que la presencia de un individuo desviado puede ser vital para contener un conflicto familiar o parental (Hoffman 1987).

Las metas a conseguir en el tratamiento también varían. Hay quienes persiguen que el paciente llegue a la abstinencia total, mientras que otros pugnan por un "consumo no problemático". La abstinencia tradicionalmente ha sido considerada la meta más adecuada y esto responde a la conceptualización del alcoholismo como una enfermedad, esto es, por considerar la enfermedad como irreversible y expresada en la pérdida de control sobre el consumo, la única manera, no de curarla pero sí de detener su curso, es la abstinencia ya que se sostiene que una persona dependiente al alcohol nunca puede volver a beber normalmente o en forma "no problemática" (Ménendez 1990).

En la década de los cincuenta Jellinek, citado en Ménendez (1990) produce sus trabajos decisivos sobre el "alcoholismo como enfermedad". Uno de los ejes de los

estudios de Jellinek era poder establecer la distinción entre el alcoholismo como problema que podría ser tratado y resuelto por los médicos, y el alcoholismo como problema tratado en términos de sociología aplicada. La categorización médica se refería a la presencia de dependencia y abstinencia. En ésta época, la Asociación Médica Norteamericana reconoce al alcoholismo como enfermedad y el concepto de abstinencia se convierte en el objetivo central de la mayoría de los tratamientos, así como en criterio de curación.

Los autores que han apoyado el consumo no problemático como meta del tratamiento, se encuadran básicamente en la teoría conductual del aprendizaje o en la corriente psicoanalítica. Ambas rechazan el concepto del alcoholismo como una enfermedad desde el punto de vista clásico, esto es, no aceptan que se trata de una entidad patológica nosológicamente específica y diferenciada.

Desde el punto de vista del enfoque psicoanalítico, se considera al alcoholismo como manifestación de una perturbación subyacente de la personalidad, la cual debe ser atendida y desde su punto de vista, centrarse en la abstinencia equivale a descuidar el problema principal. Desde el punto de vista de la teoría conductual del aprendizaje, se sostiene en términos generales que el alcoholismo es el resultado de un proceso de aprendizaje en el cual el alcohol produce estados placenteros, fisiopatológicamente inducidos que constituyen una recompensa a la conducta de

consumo y en este sentido, el tratamiento es encarado como un proceso de desaprendizaje de un patrón de consumo.

Cualquiera que sea el enfoque terapéutico o preventivo para el consumo problemático de bebidas embriagantes, existe un factor de suma importancia tanto de parte del médico o profesional encargado de la terapia, como por parte del paciente y este factor es el motivacional. En este sentido, resulta interesante reflexionar sobre el grado de motivación que tendrá el personal médico para el tratamiento del paciente alcohólico, si existe una vigencia notoria de la consideración del alcoholismo como un vicio o por lo menos como una irresponsabilidad, lo que provoca el rechazo del personal médico y para-médico y por otro lado, otro factor que determina disminución importante de la motivación para atender a éste tipo de pacientes es que la captación de casos, lejos de ser precoz, alcanza casi exclusivamente a pacientes con graves y complejos problemas de salud, que sólo logran o buscan una remisión sintomática, siendo la norma la deserción al cabo de pocas consultas, cuando el tratamiento intenta profundizar en la problemática presentada.

La ignorancia que tenemos a propósito de la génesis del alcoholismo es un factor bien importante que influye en la actitud del médico hacia el mismo, en relación a ello, el Dr. Elizondo (1982), afirma "La enorme ignorancia que a todos los niveles

existe en relación a los problemas generados por el consumo de alcohol han influido muy determinantemente para que el tratamiento y rehabilitación de los alcohólicos y, lógicamente, la prevención no se hayan desarrollado más que en una forma muy incipiente, superficial, abarcando un sector muy reducido de la población".

La ignorancia de la que habla el Dr. Elizondo llega incluso al diagnóstico del alcoholismo. El Dr. De la Fuente en un estudio realizado en 1986 estima que el médico general diagnostica solo a uno de cada diez alcohólicos que llegan a su consulta (De la Fuente 1987). La situación no parece ser muy diferente en otros países, así Edwards, citado por Menéndez reporta " En Gran Bretaña se ha demostrado que sólo una pequeña porción de los pacientes con problemas serios de alcoholismo será correctamente diagnosticada por el médico general. En una unidad hospitalaria la mayoría de los problemas ocasionados por consumir alcohol no será detectada...Algunas investigaciones recientes muestran que en la mayoría de los casos el médico internista no se preocupa por preguntar a sus pacientes acerca del consumo de alcohol" (Menéndez 1990).

Este descuido por parte de los médicos para diagnosticar el alcoholismo puede ser una manifestación encubierta del rechazo que este tipo de pacientes desencadena, dado que los alcohólicos nos confrontan con los reducidos recursos terapéuticos con

que contamos. Existen tantas modalidades terapéuticas como variantes en la manera de abordar el problema, ninguna de ellas plenamente eficaz.

Desde el punto de vista farmacológico, el manejo se reduce al uso de antidepresivos o ansiolíticos con la idea de que el paciente, al no experimentar ansiedad pueda más fácilmente controlar su deseo compulsivo de beber.

Desde el punto de vista conductista, se han intentado las distintas terapias aversivas, siendo la más popular el uso del *Antabuse* y recientemente, también dentro del enfoque conductista, se han utilizado técnicas asertivas y el control de la ansiedad, por retroalimentación o *biofeedback*.

Desde el punto de vista psicoterapéutico el tratamiento se ha intentado con: psicoterapia individual en todas sus modalidades, desde la psicoanalíticamente orientada, reestructuradora de personalidad, hasta la terapia centrada en el síntoma. Se ha usado y se usa, la terapia de grupo, abiertos y cerrados, homogéneos y heterogéneos. Lo más reciente en nuestro país es el enfoque de terapia de pareja y terapia familiar. Acerca de esta última modalidad, el Dr. Raymundo Macias afirma "La familia del alcohólico se considera como un grupo bajo tensión, pero dicha tensión se conceptualiza con base en la interacción alterada entre los miembros de la familia y sus problemas de comunicación y de relación, más que en términos de los

efectos conductuales por la conducta del bebedor. Lo que el terapeuta debe hacer es restaurar una mejor comunicación, y considerar al paciente identificado como un miembros más de la familia" (Macias 1988).

2.2.- EL ALCOHOLISMO Y LA FAMILIA EN EL MEXICO PREHISPANICO Y EN LA BIBLIA

En todas las culturas el alcohol más temprano que tarde, ha hecho su aparición. Alcohol obtenido por fermentación o por destilación, pero siempre alcohol; alcohol que nubla el entendimiento y que lleva al ser humano a múltiples aberraciones e incluso a la muerte. La cultura mexicana tiene dos fuentes principales en su origen, una de ellas es la de los antiguos pobladores de América, la cultura prehispánica y la otra es la judeo-cristiana traída por los conquistadores españoles. De la fusión de ambas culturas, la cristiana occidental y la indígena surge nuestra civilización, nuestra nacionalidad mexicana, nuestra forma de ver, vivir, ser y estar en el mundo.

Dado que los mitos y las tradiciones religiosas son la clave para conocer el espíritu de cualquier pueblo, se hará un esbozo tanto de la Biblia, libro sagrado de la tradición judeo-cristiana, como de algunos documentos relativos a los antiguos pobladores de América.

En nuestra cultura de origen indígena existe una actitud muy clara y definida hacia el consumo de alcohol. El origen del mismo en forma de pulque (OCTLI) está rodeado de magia y leyendas donde se involucra a los dioses. En la historia de los

mexicas, el descubrimiento del pulque está relacionado con Mayáhuel, la mujer que se volvió diosa y que fue la primera que supo como obtener el pulque de los magueyes, Mayáhuel la mujer de los cuatrocientos senos, a quien por su fecundidad los dioses transformaron en maguey (Roman 1984). En relación al abuso del pulque existe la leyenda de que Quetzalcóatl fue inducido a embriagarse con engaños por Tezcatlipoca, Ihuimécatl y Toltécatl, quienes decidieron obligarlo a que abandonara el pueblo donde ellos iban a vivir y con ayuda del pulque lograron su propósito induciendo a beber a Quetzalcóatl llenándolo de oprobio y de vergüenza, tan terrible fue para Quetzalcóatl el haberse embriagado que su vergüenza lo condujo al suicidio:

"Y habiendo llegado a la orilla del agua divina, (Quetzalcóatl) a la costa del mar, allá se puso de pie, lloró y el mismo se prendió fuego y se quemó" (Roman 1984).

En la Biblia, libro sagrado de la tradición judeo-cristiana, encontramos el relato de Noé quien después del gran diluvio universal en el cual sólo habían sobrevivido él y su familia, fue el primero en cultivar la vid y obtener vino de ella con el cual se embriaga, con funestas consecuencias para uno de sus nietos y los descendientes del mismo, textualmente dice:

"Después comenzó Noe a labrar la tierra, y plantó una viña; y bebió del vino, y se embriagó, y estaba descubierto en medio de su tienda.

Y Cam, padre de Canaán, vio la desnudez de su padre, y lo dijo a sus dos hermanos que estaban afuera.

Y despertó Noé de su embriaguez, y supo lo que había hecho su hijo más joven, y dijo:

Maldito sea Canaán:

Siervo de los siervos será a sus hermanos (Génesis 9:20-27).

Encontramos en estos dos relatos diferencias importantes en la reacción de los personajes centrales, por un lado Quetzalcóatl se cubre de vergüenza por haberse embriagado y concibe como único remedio a su terrible falta, el suicidio. En cambio en ningún momento se relata en la Biblia el que Noé se sintiera apenado por su comportamiento sino que su respuesta es la ira hacia el hijo que lo vio desnudo y lo más interesante es que no la descarga sobre Cam que fue quien lo vio en su desnudez, sino en el hijo de Cam, Canaán a quien condena a la esclavitud, tanto a él como a sus descendientes. De esto se deduce que la embriaguez era mucho mejor tolerada en la tradición judeo-cristiana que entre los pueblos prehispánicos, donde se consideraba falta grave.

Sin embargo, no todo en el Antiguo Testamento es aceptación de la ingesta de vino, existen muchas citas en las cuales el embriagarse es conceptualizado como fuente de displacer, deshonra, errores, perversidades e incluso de pobreza, algunas de las advertencias sobre las consecuencias de la embriaguez las encontramos en el libro de los Proverbios

"No mires al vino cuando rojea,

Cuando resplandece su color en la copa.

Se entra suavemente;

Mas al fin como serpiente morderá,

Y como áspid dará dolor.

Tus ojos mirarán cosas extrañas,

Y tu corazón hablará perversidades" (Proverbios 23:29-33).

En este texto encontramos que para el pueblo judío existía ya desde antiguo una relación causal clara entre la ingesta de bebidas embriagantes y las manifestaciones psicóticas tóxicas determinadas por el alcohol, no resulta difícil imaginar que "tus ojos mirarán cosas extrañas" se refiere a los trastornos sensoperceptuales visuales que se presentan en la Alucinosis Alcohólica y en el Delirium Tremens. La imagen de que el alcohol "como serpiente morderá y como áspid dará dolor" es una excelente metáfora de las consecuencias de la ingesta inmoderada de bebidas embriagantes.

En la Historia de las Cosas de la Nueva España de Fray Bernardino de Sahagún se encuentra una descripción de las características conductuales de los que se emborrachaban con pulque, que no difiere en nada de la conducta de cualquier borracho de nuestro tiempo.

"no puede estar sin emborracharse, y anda cayéndose, lleno de polvo y bermejo, y todo espeluzado y descabellado y muy sucio; y no se lava la cara.....y además de esto hace el borracho muchas desvergüenzas, de hecharse con mujeres casadas, o hurtar cosas ajenas, o saltar por las paredes, o hacer fuerza a algunas mujeres, o retozar con ellas, y hace todo esto por que es borracho y está fuera de su juicio (Sahagún 1977).

En este mismo texto, se encuentra una descripción de los efectos del alcoholismo sobre la familia del alcohólico, "Y no se acuerda de lo que será necesario en su casa, para hacer lumbre y para las otras cosas que son menester, más solamente procura de emborracharse, y así está su casa muy sucia, llena de estiércol y polvo o salitre, y no hay quien la barra y haga lumbre; su casa está obscura, con pobreza. Y levantan falsos testimonios a sus mujeres, y luego comienzan a enojarse con cualquiera que habla a su mujer.....no tiene sosiego ni reposo en su casa el borracho, sino todo es pobreza y mala ventura....no tiene que vestirse, ni con que cubrirse, ni

que calzar, ni tiene en que dormir; sus hijos y todos los de su casa andan sucios, y rotos y andrajosos, y cubren sus hijas con algún andrajo roto sus vergüenzas, por que el borracho de ninguna cosa tiene cuidado, ni de la comida ni de los vestidos de los de su casa (Sahagún 1977).

Las consecuencias del alcoholismo sobre el funcionamiento familiar, las desventuras que acarrea el alcoholismo a la familia tan magistralmente descritas en el texto anterior, corresponden a una triste realidad que llega hasta nuestros días, la desconfianza y los falsos testimonios que levantan a sus mujeres, recuerdan al cuadro clínico de la Paranoia Alcohólica o Celotipia Alcohólica.

Otra consecuencia relativamente común del alcoholismo en las familias es el incesto. En el Genesis, primer libro de la Biblia, se refiere como las hijas de Lot utilizan el alcohol para quedar embarazadas del padre.

"Ven, demos de beber vino a nuestro padre y durmamos con él y conservaremos de nuestro padre descendencia. Y dieron de beber vino a su padre aquella nochey las dos hijas de Lot concibieron de su padre" (Génesis 19: 30-38).

Los antiguos pobladores de América conocían los terribles efectos del alcohol y por ello solían ser muy rígidos en lo que respecta a la educación que a sus jóvenes daban a fin de prevenir el alcoholismo. Los castigos solían ser muy severos llegando

incluso a determinar la muerte del transgresor de la norma de abstinencia entre los jóvenes y esta muerte podía ser a garrotazos. En relación a esto Sahagún relata lo siguiente:

"Los mancebos que se criaban en la casa del Telpochcali tenían cargo de barrer y limpiar la casa y nadie bebía vino, mas solamente los que eran ya viejos bebían el vino muy secretamente y bebían poco, no se emborrachaban; y si aparecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o le veían caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado con los otros borrachos, éste tal, si era macehual castigábanle dándole de palos hasta matarle, o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, porque tomasen ejemplo y miedo de no emborracharse; y si era noble el que se emborrachaba dábanle garrote secretamente (Sahagún 1977).

En este sentido no es muy diferente a los castigos impuestos por el pueblo hebreo, la diferencia estribarían en que no le daban muerte a garrotazos sino a pedradas. En el Deuteronomio encontramos la siguiente cita:

"y dirán a los ancianos de la ciudad: Este nuestro hijo es contumaz y rebelde, no obedece a nuestra voz; es glotón y borracho.

Entonces todos los hombres de su ciudad lo apedrearán, y morirá; así quitarás el mal de enmedio de tí y todo Israel oirá y temerá"

Deuteronomio (21: 18-21).

El hecho de que en ambas culturas, tanto la americana como la hebrea, se recurriese incluso a la muerte como castigo a quienes abusaban del alcohol, nos habla de la importancia que ambos pueblos daban a la prevención de problema tan grave. Para contender con él se encuentran exhortaciones a los reyes en el caso del pueblo hebreo y de los dirigentes en el caso del pueblo prehispánico. En el libro de Proverbios encontramos una bella exhortación de la madre del rey Lemuel a ser un soberano justo y en ella incluye en forma destacada indicaciones a propósito del uso del alcohol.

"No es de reyes, oh Lemuel, no es de reyes beber vino,

Ni de los príncipes la sidra;

No sea que bebiendo olviden la ley,

Y perviertan el derecho de todos los afligidos.

Dad la sidra al desfallecido,

Y el vino a los amargados de ánimo.

Beban, y olvidense de sus necesidades,

Y de su miseria no se acuerden más" (Proverbios 31: 4-7)

Se justifica el uso del alcohol para "los desfallecidos" y los "amargados de ánimo".

En la actualidad sabemos ya que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central y que en primer término suele deprimir a las áreas de asociación del neo-

cortex y por ello, acalla estructuras almacenadoras de normas, culpas, recuerdos, remordimientos, frustraciones etcétera. Resulta interesante que lo recomiende la madre del rey Lemuel "para olvidar las necesidades y la miseria" lo cual nos habla que desde antiguo ésta ha sido una de las excusas o pretextos para ingerir bebidas embriagantes y no pierde actualidad, con mucha regularidad aparece en el discurso de los alcohólicos como justificación de su beber immoderado.

En el pueblo nahuatl los soberanos solían dirigir un discurso a sus súbditos exhortándolos a no beber, el emperador, inmediatamente después de su elección, hablaba a todo el pueblo y nos relata Sahagún que el discurso así decía "...lo que principalmente encomiendo es que os apartéis de la borrachería, que no bebáis octli..... por que este octli y esta borrachería es causa de toda discordia y disensión, y de todas las revueltas y desasosiegos de los pueblos y los reinos; es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad infernal, que trae consigo todos los males juntos" (Sahagún 1977).

Para contender con el problema del alcoholismo, el pueblo nahuatl recurrió no solamente a las exhortaciones y a los castigos, sino muy principalmente a la educación, la cual solía ser muy rígida "desde pequeños se les enseñaba a no abusar ni de los alimentos ni de cosa alguna. El auto-control parecía ser la característica fundamental del Mexica" (Davalos 1980).

La educación en los primeros años giraba alrededor de la idea de fortaleza y control de sí mismos. "tenían bravos castigos para penar a los que no eran obedientes y reverentes a sus maestros y en especial se ponía gran diligencia en que no bebieran OCHT a la gente que era de cincuenta años para abajo" (Leon-Portilla 1958).

El control que se ejercía sobre la ingesta de alcohol, pareciera que terminaba cuando el individuo era mayor de edad, sin embargo, aún para los mayores de cincuenta años estaba muy reglamentada la cantidad de pulque que podían tomar, por ejemplo, los jueces, que necesariamente eran ancianos, eran estrictamente vigilados por el resto de la comunidad en todos los aspectos de su vida, la ingesta de pulque entre otros, Zurita A. en la Nueva Colección de documentos para la Historia de México de 1891, citado por Leon-Portilla refiere: " Si se hallaba que alguno (juez) recibía cosa o se desmandaba algo en el beber, o sentían algún descuido en él, los otros jueces lo reprendían entre sí ásperamente e si no se enmendaba, a la tercer vez lo hacían trasquilar, e con gran confusión e afrenta lo privaban del oficio, que era tenido entre ellos por gran ignominia" (Leon-Portilla 1959).

En lo que respecta al pueblo Purhépecha, habitantes de Michoacán, la situación no era muy diferente. Tariacuri era un niño y los viejos encargados de su educación, lo hicieron con mucho esmero, dado que se trataba de un futuro rey, así tenemos que

incluso a sus hermanos mayores, quienes al parecer solían abusar del alcohol, les apartan del futuro rey amonestándolos de la siguiente manera " Mira señor Zetaco y señor Aramen, vosotros bebéis vino y os juntáis con mujeres, íos con vuestra gente a un lugar llamado Uacananbaro, allí beberéis a vuestro placer vino y os juntaréis con mujeres y allí no habrá quién os diga nada ni haga mal. Ios y apartaos del que ha de ser señor, porque quizá no le hagáis a vuestra costumbre (Sahagún 1977).

Tariacuri tenía dos sobrinos educados por él, quienes le obedecían en todo y no bebían, motivo por el cual, los prefería incluso por encima de sus hijos, es a Hirepan y Tangánxoan, sus sobrinos a quienes les ordena matar a su hijo primogénito Curatame quien tenía fama de borracho.

"-¡Venid acá hijos! ¿que haremos? Id, pasad la laguna y haréis un rancho para Curatame, apartado de los vuestros y cercadle alrededor con hierba; y buscad vino, que esto que se ha de hacer yo lo ordenaré y más serán las palabras, que yo le enviaré a decir a Curatame que valla allá a vosotros. Esperadle y dareisle de comer y él os dirá. "Hermanos, ¿cómo, no tenéis un poco de vino?" y vosotros le diréis. "Sí hay señor". Y daréisle de beber y después que esté borracho, le mataréis" (Sahagún 1977).

No siempre ordenaba la muerte de sus familiares borrachos el rey Tariacuri, conoedor de las lesiones que causa el alcohol sobre el organismo, intentó que uno de sus cuñados se protegiera de los efectos deletéreos del alcohol, ingiriendo alimentos junto con la bebida.

"Envió a llamar Tariacuri a sus sobrinos Hirepan y Tanganxoan y a su hijo Hiquingaje y venidos dijoles:

-Hijos, ¿que haremos? Cómo no iriades al señor llamado Hiucha hijo de mi suegro Zurunban, que cada día se emborracha muy malamente y dicen que no come ni pan, más el vino solo tiene por comida. Id a él y llevadle este pescado; decidle que lo coma primero y que después empezará a beber y una taza, y luego comerá tras ella pan, por que no se muera (Sahagún 1977).

Un descendiente de Tariacuri, Calzonci mucho tiempo después toma el poder y continuaba con la misma estrategia que su antecesor en su lucha contra el alcoholismo.

"Y si algún hijo o hermano del Calzonci no vivía bien, si se andaba de continuo emborrachando mandábalo matar.... y mandaba matar también a sus ayas y amas que le habían criado y a los criados, porque ellos le habían mostrado aquellas costumbres" (Sahagún 1977).

La etiología del alcoholismo entre los nahuatl obedecía al haber nacido bajo un signo nefasto. Se decía que los individuos que nacían bajo el signo del conejo (TOCHTLI) tenían inclinación a la embriaguez, éste era un signo francamente nefasto, pero para mitigar este signo o aún cambiarlo se buscaba una fecha fasto, suficientemente propicia para el bautismo e imposición del nombre con lo que en parte se contrarrestaban los augurios funestos del nacimiento.

Aún cuando indudablemente el nacer bajo éste signo TOCHTLI implicaba cierto determinismo, éste no eran tan absoluto como para condenar indefectiblemente al hombre a una forma de comportamiento, incluso se dejaba abierto el campo a una intervención libre del querer humano. Se afirmaba que si el sujeto "se sobrepone a sí mismo" o "llega al dominio de sí mismo" podía modificar su propio destino gracias a un control personal.

Las características de funcionamiento de las familias tanto de los antiguos pobladores americanos como las judías son muy semejantes. Se trata de familias rígidamente patriarcales, donde se practicaba la poligamia y la endogamia. El hombre era la autoridad máxima y la mujer le estaba sujeta absolutamente, igualmente, de los hijos se esperaba obediencia absoluta a la voluntad del padre. Sin embargo existen algunas diferencias en el sentido de que, sin abandonar una estructura rígida y de alto cohesión familiar, en las culturas americanas, existía

mayor libertad para la mujer, dándose el caso de que la mujer podía incluso llegar a gobernar como se encuentra descrito en la Relación de Michoacán "..... Conquistador Uanahuaco, Hacuizapeo, Papazio Hoata, Tetengueo.....e iban poniendo caciques en todos dichos pueblos: hasta las mujeres mandaban los pueblos" (Sahagun 1977).

Las posibilidades de la educación eran semejantes para hombres y mujeres en los pobladores prehispánicos se cuenta que el rey Nezahualpilli tenía una esposa a la que llamaban la Señora de Tula, que era poetisa y que rivalizaba con su esposo en sabiduría. Dicha señora era hija de un comerciante, lo cual nos hace ver claramente que cualquiera podía tener acceso a los conocimientos, ya sea hombre o mujer, noble o del pueblo y queda también muy claro la gran movilidad social que existía (Garza 1991).

En cambio, para la tradición judeo-cristiana, la mujer era incluso "impura" después del parto, y si el producto era mujer, la impureza era al doble en duración que si el producto era varón, esto se encuentra en el libro de Levíticos "La mujer cuando concibe y de a luz a varón.....permanecerá treinta y tres días purificándose de su sangre; ninguna cosa santa tocará, ni vendrá al santuario, hasta cuando sean cumplidos los días de su purificación....Y si diere a luz hija, será inmunda sesenta y seis días y estará purificándose de su sangre" Levítico (12: 4-5).

En las culturas prehispánicas las mujeres desempeñaban una infinidad de quehaceres además de administrar los bienes de la familia. Incursionaban, al igual que los hombres en terrenos intelectuales, había sacerdotisas, escribanas, médicas, parteras, astrologas, nigrománticas e incluso brujas y hechiceras (Garza 1991).

Respecto a la poligamia, En la relación de Michoacán se encuentra referido de que manera el rey Calzonci tenía organizada su casa, "Había dentro de su casa muchas señoras, hijas de principalesEn estas tenía muchos hijos el Calzonci.....Todas éstas tenían repartidos los oficios de su casa entre sí" (Sahagún 1977).

En la Biblia, en el libro de Génesis, encontramos que Abraham tenía por esposas a Sara, Agar, Cetura etc. con las cuales procreó hijos y en el mismo libro de Génesis, encontramos otras referencias a la poligamia, como el Hecho de que Esaú se casa con dos mujeres " Y cuando Esaú era de cuarenta años, tomó por mujer a Judith hija de Beerí heteo, y a Basemat hija de Elán heteo" (Génesis: 26-34).

De lo escrito en el libro de Números en la Biblia, se deduce que el endogamia tenía por finalidad el conservar la riqueza dentro de la misma tribu "Esto es lo que manda Jehová acerca de las hijas de Zelofehad, diciendo; Cásense como a ellas les plazca

pero en la familia de la tribu de su padre se casarán.....Para que la heredad de los hijos de Israel no sea traspasada de tribu en tribu (Números 36: 6-7).

En la Relación de Michoacán, donde se narra las distintas forma de convenir matrimonios, se encuentra la afirmación de que si eran de familias de nobles los que se casaban, la familia del novio pedía la mano de la novia para el hijo "Preferentemente si eran del mismo barrio", esto significa que tenían lazos de parentesco, quizá también con el mismo fin, aún cuando la herencia la recibían las mujeres, como lo relatan los códices genealógicos mixtecos (Leon-Portilla 1959).

Otra práctica común a ambas culturas es el divorcio. De lo que ocurría en Meso-América, Torquemada citado por Léon-Portilla nos dejó una amplia descripción de cómo se efectuaba: llegaba la pareja ante el juez, presentándole sus quejas, que eran oídas con gran atención y seriedad; una vez escuchadas amonestaba a la pareja procurando que se reconciliaran". Si el juez lograba que entraran en razón se iba muy contento el matrimonio a su casa, pero si eran rebeldes a los consejos y amonestaciones del juez, despedía los con aspereza apartándose uno del otro para nunca más vivir juntos. Cuando esto sucedía llevabanse cada uno lo que había aportado al matrimonio, lo que se tenía registrado desde el día de la boda. También se dividía lo que hubieran obtenido durante los años que vivieron juntos y los hijos

si eran pequeños y necesitaban de los cuidados de la madre se iban con ella, pero si ya eran mayorcitos se quedaban con el padre" (Léon-Portilla 1959).

Para los hebreos no era necesaria la presencia del juez, el divorcio era más simple bastaba con que el hombre así lo decidiera, sin embargo no parece que la mujer pudiera tomar esa decisión "Cuando alguno tomare mujer y se casare con ella, si no le agradare por haber hallado en ella alguna cosa indecente, le escribirá carta de divorcio, y se le entregará en su mano, y la despedirá de su casa" (Deuteronomio 24 :1).

En el Nuevo Testamento, solamente Mateo acepta la posibilidad de divorcio y de nuevo es el varón quién puede demandarlo pero no la mujer. "También fue dicho: Cualquiera que repudie a su mujer, déle carta de divorcio" (Mateo 5: 31-32).

Tanto en la cultura judía como en la pre-hispánica, las familias son característicamente rígidas y patriarcales. Entrarían en la clasificación de Kantor y Lehr, como familias "cerradas", que se encuentran rígidamente estructuradas, jerárquicas, gobernadas por reglas fijas. En ellas, el individuo queda subordinado al grupo y el interés grupal prevalece sobre los intereses individuales. En estas circunstancias, la reglamentación del uso del alcohol, resulta relativamente fácil y por ende es un fenómeno controlable.

Erick Fromm estudió dos sociedades primitivas entre los campesinos mexicanos a mediados de éste siglo, y al respecto reporta; "En estos dos tipos de sociedades primitivas no existe el alcoholismo, por que es psicológicamente innecesario o reprimido por la fuerza. Estas son sociedades caracterizadas por una fuerte estructura social, ya sea matriarcal o patriarcal, según se definan por la residencia patrilocal o matrilocal y el poder económico y político. En estos dos tipos de sociedades no se da el alcoholismo por que no existe una guerra manifiesta entre los sexos, de modo que no hay razón para que uno domine al otro; por el contrario, ambos se sienten relativamente seguros y de aquí que no haya necesidad de evadirse por medio del alcoholismo" y agrega " Nuestra hipótesis es que el colapso de la estructura patriarcal, hace al hombre vulnerable al alcoholismo, y en México, la conquista española debilitó esta estructura. Aunque se aferró al ideal del dominio masculino, en realidad el hombre indio y más tarde el mestizo perdió su papel dominante política, económica y psicológicamente. La conquista también arrasó con el sistema religioso legal de los aztecas, que era lo que mantenía al alcoholismo bajo control" (Fromm 1967).

2.3.-PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO EN MEXICO

El consumo excesivo de alcohol en el país constituye un problema grave por las múltiples implicaciones que irremediablemente afectan al sujeto bebedor, a su familia y a la sociedad en su conjunto.

La Secretaría de Salud, informa, que el alcoholismo es la principal etiología de la cirrosis hepática y ésta se encuentra entre una de las diez primeras causas de muerte en la población en general, pero si se toma al grupo etáreo de 25 a 44 años correspondiente al sexo masculino, la cirrosis hepática es la primera causa de muerte; resulta importante señalar que es, justo en estos rangos de edad, que el individuo suele ser más productivo. (Lisker-Melman 1988)

El esfuerzo más reciente llevado a cabo en nuestro país, a nivel nacional, para conocer la distribución que en la población general tiene la ingesta de bebidas embriagantes, es la Encuesta Nacional de Adicciones. En ella se clasifica a los individuos en relación a la ingesta o no de bebidas alcohólicas en:

Bebedores.- Individuos que han consumido alcohol en los últimos dos años, con independencia de cantidad y frecuencia.

Bebedor consuetudinario.- Personas que afirman consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que consumen 5 o más copas por ocasión

Bebedor frecuente de alto nivel.- Personas que afirman consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que beben 5 o más copas por ocasión (por lo menos una vez al año)

Bebedor frecuente de bajo nivel.- Personas que afirman consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que no beben más de 5 copas por ocasión

Bebedor moderado de alto nivel.- Personas que afirman beber de una a tres veces al mes y ocasionalmente toman 5 ó más copas (por lo menos una vez al año)

Bebedor moderado de bajo nivel.- Personas que afirman consumir de una a tres veces al mes, menos de 5 copas por ocasión

Bebedor poco frecuente.- Personas que afirman consumir menos de una vez al mes, y por lo menos una vez al año, independientemente de la cantidad

No bebedores.- Personas que dicen no haber consumido bebidas alcohólicas

Ex-bebedores.- Los que habiendo consumido en cualquier cantidad y frecuencia no lo han hecho en los últimos 2 años.

En esta misma encuesta, realizada en 1993, se informó que aproximadamente las dos terceras partes de la población a nivel nacional clasifica como bebedores, de ellos, el 70.1% se encuentra en el grupo de edad comprendido entre los 19 a 65 años.

En relación a la escolaridad, el resultado es muy interesante, en el sentido de que la percepción social es de que entre menor escolaridad, falta de educación, pobreza e incultura, mayor la prevalencia de bebedores. En esta encuesta se encontró justo lo opuesto. Hay una tendencia al aumento de la proporción de bebedores a medida que aumenta el nivel escolar. El nivel más bajo de bebedores se encuentra en el grupo sin escolaridad, el 82.1% de los individuos con estudios de nivel licenciatura son bebedores. Sólo el 9.8 % de los profesionistas y el 10% de los que cuentan con postgrado pueden clasificarse como no bebedores, mientras que un 34% de los individuos que no tienen educación formal se definieron como no bebedores.

Aquí es importante hacer el señalamiento de que para los autores de la Encuesta Nacional de Adicciones, "bebedor" es el individuo que ha consumido alcohol en los últimos dos años, independientemente de la cantidad y de la frecuencia.

Lo que nos podría acercar más a el conocimiento de la prevalencia de alcoholismo, de la manera como es conceptualizada, con fines operacionales para este trabajo (alcohólico es aquel que resulte AUDIT positivo), es analizando la frecuencia de consumo de bebidas embriagantes. Así tenemos que: el 23.8% de la población bebedora ingiere alcohol de 1 a 3 veces al mes, el 16.2% bebe entre 1 y 4 veces por semana y cerca del 3% entre 5 y 7 veces a la semana.

De los definidos como bebedores en la Encuesta Nacional de Adicciones, alrededor de una cuarta parte (23.4%) consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses hasta embriagarse. De ellos el 7% son menores y el 93% adultos. El género masculino representa el 88.9% de la población que bebe hasta llegar a la embriaguez.

Los grupos de edad con mayor ebriedad diaria o casi diaria se encontraron entre la población de 35 a 44 años (40.3%) y la de los mayores de 45 años, que representaron casi la tercera parte del grupo con patrón de ebriedad diaria.

De el total de los bebedores reportados en la encuesta, se encontró que sufrían dependencia al alcohol un 9.4% , estos son los que presentan tres o más síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol, siendo la relación de

género, de aproximadamente 20 a 1 entre hombres y mujeres con síntomas de dependencia.

Otro de los aspectos interesantes de la encuesta es el de la diferente percepción que se tiene de la ingesta de bebidas alcohólicas, siendo esta percepción, en ocasiones contradictoria. Así, para los niños la ingesta de alcohol por parte de los adultos, se relacionó con fiesta, convivencia, sociabilidad etc. todo esto, avalado por el grupo familiar y social de los sujetos de estudio. Para otro grupo de encuestados, la ingesta de alcohol se relaciona con: violencia, maltrato, carencias, enfermedad e incluso la muerte.

Se analizaron así mismo, algunos problemas asociados con el consumo de alcohol. El 41.6% de los bebedores que tomaron 5 ó más copas por ocasión en el último año, presentaron uno o mas problemas derivados de su consumo, dentro de los cuales uno de los que más destaca es la violencia, incluyendo: violencia familiar, riñas en la calle, accidentes, entre otras consecuencias.

En la encuesta, se incluyeron preguntas para investigar la frecuencia de consumo de alcohol en los padres de los bebedores, encontrándose los siguientes datos: La mayor parte de los padres de la población bebedora y no bebedora consumían alcohol (70.5 % y 60.6% respectivamente); un alto porcentaje llegaba a la embriaguez (45.5% y 36.6% respectivamente). Es decir, en relación al consumo y la

embriaguez del padre, existe una diferencia de cerca del 10% entre bebedores y no bebedores.

En relación al consumo de alcohol por la madre, se encontró que la diferencia fué de que las madres de la población bebedora, consumían alcohol en un 9% más que las madres de la población no bebedora.

Investigando la percepción que se tiene de la magnitud del problema del alcoholismo, Berruecos reporta, que mientras que en 1960 había alrededor de 170 000 inválidos por alcoholismo en México, en 1985 la cifra era de casi dos millones, la mayoría de ellos en edad productiva y en un gran porcentaje, jefes de familia. Dice él que las cuatro causas de mortalidad que se asocian con más frecuencia al alcoholismo son la cirrosis hepática, la psicosis alcohólica, los suicidios y los homicidios, la incidencia de accidentes laborales y de tránsito donde interviene el alcohol, también es muy alta; afirma que el 47.6% de los certificados de defunción en el DF en 1960, mencionaban, al alcoholismo como causa fundamental.

Al reflexionar sobre el daño que el alcohol produce, Berruecos (1988), afirma "El daño que el alcohólico puede causarse a sí mismo y a los demás es enorme; sólo el costo personal es exorbitante. Es necesario mencionar que la expectativa de vida del alcohólico es menor en 10 o 12 años, comparada con la población no alcohólica. En

lo que respecta a las relaciones interpersonales, el daño es incalculable: desintegración familiar, separaciones y divorcios, ausentismo laboral y accidentes de trabajo, alta coincidencia del alcoholismo con actos criminales y otros".

Consultando otros autores se encontró, que J. Estenion, publicó en "Excélsior", el 21 de abril de 1989 datos que resultan abrumadores y llevan a la reflexión, el señala que el alcohol es culpable del 60% de los accidentes de tránsito, del 57% de los suicidios y del 57% de las detenciones policiales. El 97% de los cadáveres que llegan al Servicio Médico Forense presentan restos de alcohol, y éste sería el segundo causante de las agresiones a los hijos, el incitante del 45% de las violaciones sexuales y el promotor de la tercera parte de las deficiencias mentales en los infantes, causadas por el consumo de alcohol de las madres (Menéndez 1990).

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1.- TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La ciencia en la actualidad se caracteriza por una especialización creciente que la parcela en múltiples disciplinas, cada una con un lenguaje propio así como una tecnología y estructura teórica individual. Por un lado, existe una tendencia a llegar hasta el último elemento de las diferentes estructuras objeto de la ciencia; por ejemplo, un organismo vivo es descompuesto en aparatos, sistemas, tejidos, hasta la célula (que es la parte mas pequeña dotada de vida propia); las actividades celulares son reducidas a procesos fisiológicos y por último procesos fisicoquímicos. Pero por otro lado existe una concepción organísmica que propugna por estudiar no solo partes y procesos aislados, sino también resolver los problemas derivados de la organización, de la interacción dinámica de las partes que conforman el todo, así como el diferente comportamiento de las partes del todo cuando se estudian aisladas o dentro del todo (Bertalanffy 1968).

Algo parecido ocurrió en la psicología. Mientras que la psicología clásica se esforzó por llegar hasta la unidad elemental del acontecer psíquico del ser humano, las sensaciones elementales, la psicología de la Gestalt reveló la existencia de las formas, de los todos psicológicos perceptuales, que no son solo la suma de las

unidades elementales y que están gobernados por leyes y dinámicas claras (Perls 1975).

La Teoría General de los Sistemas (TGS) propuesta por Von Bertalanffy (1968), es una teoría de principios universales aplicables a los sistemas en general (sistemas biológicos, psicológicos, económicos, sociales, matemáticos, familiares etc). El tema de la TGS es la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general, entendiendo por sistema, un complejo de elementos en interacción. La familia, entonces es considerada como un sistema formado por elementos, que son sus miembros. Es un sistema de los llamados "abiertos", dado que se mantiene en continua incorporación del medio y eliminación al medio, construyendo y demoliendo continuamente, en un estado uniforme dinámico y cambiante, llamado "estado estable".

Los términos "abierto" y "cerrado" refiriéndose a los sistemas en TGS tienen un significado especial. El sistema cerrado es aquel que no tiene intercambios con el medio que lo rodea, esto no significa que no se den en él cambios, las transformaciones que ocurren en él no involucran material o información nueva, sino simplemente implican un reajuste de los "bits" de información ya presentes dentro de los límites cerrados del sistema. Por el contrario, un sistema abierto, se mantiene a sí mismo por medio de un constante proceso de entradas y salidas del

medio que lo rodea. El sistema abierto con sus constantes intercambios de información y energía con el medio ambiente no está nunca en un estado de equilibrio, sino que por medio de la adaptación a nuevas entradas y salidas de energía o información, logra un estado estable. Es importante mencionar también que un sistema abierto, no solo significa que tiene intercambios con su entorno, sino que estos intercambios representan un factor esencial para la viabilidad del sistema. (Bertalanffy 1968)

Considerando al organismo humano como un todo, muestra características que pudieran parecer similares a las de los sistemas en equilibrio, o sea, a los sistemas cerrados, por ejemplo, la concentración de potasio (K) en el plasma es de 5 mEq/lit. y en líquido intracelular es de 150 mEq/lit. y estas concentraciones se mantienen admitiendo solo muy pequeños rangos de variación. Algunas otras constantes que son mantenidas dentro de estrechos límites son el pH de la sangre arterial, con un valor de 7.4; la temperatura corporal con un valor de 36.5 grados centígrados etc. Sin embargo, para mantener estos valores relativamente constantes, el organismo importa y exporta materia, el estado que guarda es cuasi-uniforme, dado que es mantenido por el intercambio continuo de materia y energía entre el medio y el propio organismo.

Si consideramos al organismo en un lapso muy breve, aparece una configuración mantenida en estado uniforme. Pero superpuestas a este estado uniforme existen ondas de procesos básicamente de dos clases:

a) Procesos periódicos que se originan en el sistema mismo y son así autónomos (excitabilidad cardíaca, ritmicidad respiratoria etc.)

b) Reacción a cambios temporales del medio circundante (respuestas a estímulos con fluctuaciones reversibles de su estado uniforme).

Por lo tanto, el organismo vivo se encuentra en un equilibrio dinámico, una constancia de composición con cambio en los componentes y que tiene: principios generales y expresiones que representan promedios estadísticos de los procesos.

Los principios generales son:

- Los auténticos equilibrios en los sistemas cerrados y los equilibrios dinámicos en sistemas abiertos, exhiben cierta semejanza, ya que el sistema, tomado en su conjunto y considerado en sus componentes se mantiene constante en ambos tipos de sistemas. Pero la situación física en los dos casos es fundamentalmente diferente.

Los equilibrios químicos en sistemas cerrados, se basan en reacciones reversibles, son consecuencia del segundo principio de la termodinámica, y la define un mínimo de energía libre. Por el contrario, en los sistemas abiertos, el estado uniforme no es reversible, ni en su conjunto ni en muchas de sus reacciones. Se afirma que en los

sistemas cerrados existe un estado de homeostasis y los expertos de la TGS proponen llamar a este fenómeno, semejante pero diferente en los sistemas abiertos "heterostasis" para indicar que hay estabilidad en el cambio, estabilidad dinámica.

-Equifinalidad. Se ha dicho que todo sistema que alcanza un equilibrio, muestra un comportamiento finalista. En cambio, un sistema abierto, que no solamente tiende al equilibrio sino que esta en equilibrio dinámico, manifiesta una equifinalidad, esto es, se puede alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo diferentes caminos.

En el caso de la psicología, tenemos que, la psicología estadounidense de la primera mitad de éste siglo estuvo dominada por la conceptualización del ser humano como un sistema cerrado, un organismo reactivo o sea un modelo de "hombre robot". Sus postulados han sido muy criticados, sin embargo esta teoría siguió preponderando quizá por que era la poderosa fuerza motriz de una sociedad de masas industrializada, donde, solamente manipulando a los hombres para transformarlos en autómatas compradores, consumistas, seguiría ésta sociedad progresando hacia productos nacionales brutos cada vez mayores (Steinglas 1987).

En las corrientes actuales de la psicología, hay un principio común, no considerar al ser humano como un autómeta reactivo sino como un sistema activo, abierto, en lo relativo a su personalidad.

En contraste con las fuerzas físicas, como la gravedad, la electricidad etc., los fenómenos de la vida solo residen en entidades llamadas organismos. Los fenómenos psicológicos, en especial, sólo se hallan en entidades individualizadas llamadas personalidades.

La actividad autómeta es la forma más primitiva de comportamiento y, a ella se superponen en forma estratificada comportamientos cada vez más complejos, que van más allá del esquema estímulo-respuesta, como: el juego, los rituales, hasta las creaciones morales, estéticas, intelectuales etc.

En el campo del comportamiento humano, la TGS ha sido más aceptada por quienes trabajan con grupos (sociólogos, psicólogos sociales, terapeutas de grupo, terapeutas familiares), y menos por quienes se interesan más específicamente en la conducta individual (psicoanalistas). Una de las aplicaciones más afortunadas de la TGS es en terapia familiar.

Algunos de los principales conceptos de TGS aplicable a la terapia familiar son:

1.- TOTALIDAD: La interacción de los elementos componentes de un sistema en una entidad que es algo más que la suma de las partes, por lo tanto, el sistema familiar no puede ser comprendido adecuadamente, mucho menos totalmente explicado a partir del análisis de cada uno de sus miembros por separado, por lo cual se propone que el estado de cada miembro que forma el sistema familiar, está limitado, condicionado y depende del estado de los demás miembros.

2.- LÍMITES: Los límites son las funciones de la familia como sistema o de cada uno de los miembros como subsistema, que facilita o dificulta la circulación de información, afecto, energía etc. entre los miembros de la familia entre sí y de la familia con su entorno y se traduce como la capacidad de intimidad y acercamiento o para expresarlo de otra manera, el grado de cohesión que existe en la familia.

3.- JERARQUIAS: Este principio supone que la familia está organizada de acuerdo con una serie de niveles jerárquicos. El énfasis se pone en la noción de un universo organizado a lo largo de líneas ordenadas y altamente estructuradas con diferentes niveles de complejidad claramente identificables relacionados en forma lógica cada una con los demás. La pareja esta formada por dos subsistemas individuales, que son marido y mujer, y a su vez forman el subsistema conyugal, para diferenciarlo del subsistema hijos o del subsistema filial y todos ellos son miembros del sistema

familia, que a su vez es subsistema del sistema sociedad, etc. Es así como un sistema en particular puede ser un subsistema de múltiples suprasistemas.

4.- CONTROL: Sugiere una imagen de individuos en constante interacción dinámica, capaces de dar significado a los demás a través de intrincadas y delicadas series de mecanismos disponibles que primeramente los mantienen al interior de ciertos límites dictados por la familia y en un segundo momento permiten que se de la adaptación. La adaptación controlada es la clave para el crecimiento y desarrollo de la familia.

5.- HOMEOSTASIS: Para mantener una estabilidad en las interacciones cotidianas del sistema familiar, se delimitan, y establecen normas que hacen las veces de mecanismos homeostáticos. Todos los miembros de la familia contribuyen al balance homeostático por medio de formas de retroalimentación mutuas y de reforzantes, como conductas recíprocas y complementarias.

6.- TIEMPO Y ESPACIO: Cuando observamos a una familia a través de la dimensión espacial, nos estamos refiriendo a su estructura. Si observamos estas configuraciones familiares desde la perspectiva temporal, nos estaremos refiriendo al proceso o función.

Las observaciones realizadas desde un continuum espacio-tiempo proporcionan al terapeuta familiar una mejor y más ventajosa posición frente a los fenómenos que observa.

7.- CAUSALIDAD CIRCULAR: Un sistema familiar puede ser definido como un grupo de individuos interrelacionados de tal suerte que un cambio en algún miembro afecta a otros individuos y a la totalidad del grupo, quien a su vez afecta al primer individuo cerrando así una cadena circular de influencias. En esta secuencia, cada acción es también una reacción. La causalidad es entonces vista como circular en vez de lineal.

8.- NO SUMATIVIDAD: La familia como un todo es mayor y diferente a la suma de sus partes, y no puede ser descrita sumando únicamente las características de cada uno de sus miembros en forma individual.

9.- EQUIFINALIDAD: De acuerdo a este principio, un mismo evento puede llevar a muy distintos resultados en cada familia o en cada uno de sus miembros o bien, distintos eventos, pueden llevar a un mismo resultado a distintas familias o a distintos miembros de la misma.

10.- COMUNICACION: En una familia, toda conducta es vista como una comunicación, transmitiendo mensajes interpersonales. En cada comunicación existe un contenido o mensaje y además establece una relación (Avilez 1994).

La importancia de la TGS, radica en su propuesta epistemológica, cuyas características fundamentales son el cambio de perspectiva para el estudio, análisis, descripción, explicación y tratamiento de los fenómenos individuales y sociales dentro de la familia y que pretenden sustituir la perspectiva individual por la sistémica, entendiendo fundamentalmente por perspectiva individual el enfoque psicoanalítico que se fundamenta en una causalidad lineal, con un modelo estímulo-respuesta, que a decir de Bertalanffy "es una imagen muy irreal de la naturaleza humana y, en sus consecuencias, bastante peligrosa" (Bertalanffy 1968).

Los terapeutas familiares sistémicos estrictos critican así mismo del enfoque psicoanalítico en que se pone el énfasis en el contenido de las comunicaciones del paciente identificado o de la familia, mientras que ellos privilegian el proceso en cuanto a tal, han substituido también las interpretaciones por las prescripciones, las intenciones por los efectos, los roles por las reglas, los síntomas por las funciones de los síntomas, de una manera definitiva, la causalidad lineal por la circularidad.

Para Navarro Góngora (1992), terapeuta familiar sistémico, la terapia familiar, parte de la concepción de la familia en términos de sistema, y enlista cuatro propiedades fundamentales del sistema:

1.- UNIDAD.- El funcionamiento del sistema es algo más que la mera suma de los funcionamientos parciales de sus elementos.

2.- MORFOSTASIS.- que es la tendencia al NO cambio, al equilibrio.

3.- MORFOGENESIS.- Tendencia a adaptarse a las modificaciones internas o externas y por lo tanto, tendencia al cambio.

4.- CAUSALIDAD CIRCULAR.- Una conducta A, causa o controla a B y a su vez, es causada y controlada por B.

Comprender al síntoma (alcoholismo) desde el concepto de unidad, supone entenderlo dentro del marco ecológico de conductas en que se haya inmerso. El síntoma aparece como una necesidad del sistema (como ocurre, en realidad con cualquier conducta de cualquier miembro de la familia), no del individuo.

Entre los elementos del sistema, se observa una serie de conductas interactivas llamadas secuencias. Las secuencias se rigen por las cuatro propiedades fundamentales de los sistemas familiares ya señaladas.

Las secuencias se mantienen en virtud de una concatenación de conductas aprendidas por ensayo y error, perdurando por que suponen un gasto mínimo de energía para el sistema familiar (tendencia a la homeostasis).

Entender un síntoma desde la causalidad circular implica conocer como se concatena con todas las demás conductas familiares. Esto significa, conocemos como un síntoma sostiene al sistema y es sostenido por el sistema.

Al entenderse como resultado del funcionamiento general del sistema, el síntoma (alcoholismo) pasa a ser producto de la interacción y no la condición de un individuo.

La terapia familiar es un tipo de tratamiento que se ocupa del presente de la familia y de los problemas observables y comprobables "in vivo" durante la entrevista. El proceso terapéutico implica la búsqueda de soluciones en las que todos los miembros de la familia participan. El terapeuta familiar debe conocer la historia personal de los padres y de los hijos y además la historia de la familia, pero enfocará

los hechos, los malentendidos, las emociones y las pugnas pasadas desde el punto de vista del conflicto actual y visible entre los miembros de la familia (Aviléz 1994).

Existen también posturas más flexibles, de terapeutas familiares que definitivamente aceptan la visión sistémica como muy útil en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las familias. Sin embargo, no descartan otras aproximaciones teóricas por considerar no solamente que no son excluyentes, sino que incluso, son complementarias. Así el Dr. Chagoya reporta "Con el fin de lograr sus objetivos, la formulación teórica y técnica de la terapia familiar, tiene que incluir necesariamente cuatro ramas del conocimiento de la conducta humana.

a) La teoría psicoanalítica

b) la TGS

c) La teoría de la comunicación

d) la teoría de las manipulaciones emparentadas con el conductismo.

Una orientación que no tiene en cuenta estas cuatro tendencias teóricas, necesariamente propone esquemas incompletos (Chagoya 1976).

El conocimiento claro del contexto en el cual se desarrollan los síntomas de un alcohólico no solo permite comprender mejor la dinámica, las ganancias secundarias y los obstáculos para la desaparición de dicho síntoma; también da la oportunidad de

descubrir fuerzas insospechadas en la pareja, los hermanos, los hijos, la parentela, así como tener la oportunidad de utilizar los nuevos elementos de ayuda en el proceso terapéutico.

3.2.- ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA EN LA FAMILIA

1970-1980

La violencia familiar es un problema añejo, se incluye en él a la agresión física, verbal y sexual. Recientemente, el abuso de drogas y alcohol se ha empezado a incluir como otro síntoma de la agresividad familiar, junto con la violencia doméstica en la pareja, negligencia en el cuidado de los hijos, castigo corporal excesivo, incesto y abuso psicológico y/o emocional (Flores-Ortiz 1994).

Acerca de la agresividad humana, las opiniones están divididas. Ni siquiera hay acuerdo en la universalidad del fenómeno. Helmuth, citado por Eibl-Eibesfeldt (1972), niega que la agresión sea universal y señala a los Esquimales y a los indios Zuni como grupos donde no se dan agresiones, el comentario de Eibesfeldt a la anterior afirmación de Helmuth es el siguiente "Es evidente que piensa en agresiones colectivas en forma de encuentros bélicos y no en la agresión en general, ya que existen datos de que los esquimales suelen golpear a sus mujeres y los zuni tienen ritos de iniciación para los adolescente muy crueles y las mujeres se abalanzan sobre sus rivales y las apalean".

Con toda seguridad hay diferencias culturales en la agresión humana, pero es un hecho que existe en todas las culturas. Anatómicamente se encuentra cabalmente localizado el centro integrador de la agresión, el cual se ubica en el sistema límbico,

específicamente en núcleos hipotalámicos. La estimulación del hipotálamo lateral desencadena en animales de experimentación los siguientes fenómenos:

- Adopta una postura de defensa
- Extiende las garras
- Levanta la cola
- Sisea
- Echa espumarajos por la boca
- Gruñe
- Se le pone el pelo de punta
- abre desmesuradamente los ojos y se dilatan las pupilas.

En estas condiciones, los animales de experimentación ante la provocación más ligera atacan salvajemente de forma inmediata.

El hipotálamo tiene conexiones con la corteza cerebral y otras estructuras diencefálicas que son reguladoras de algunas funciones límbicas. Si se lesionan estas conexiones procedentes de la corteza y del diencefalo hacia el centro de la agresividad, éste queda libre de la función inhibidora de tales estructuras corticales.

(Guyton 1971)

Todas las áreas de la corteza cerebral tienen extensas conexiones aferentes y eferentes en uno y otro sentido con las estructuras profundas del encéfalo, específicamente con el tálamo que forma parte del sistema límbico. Existen fibras inhibitorias gabaérgicas que viajan de la corteza al sistema límbico, parten de la corteza de asociación prefrontal, y tienen como función controlar las acciones de las personas, adecuándolas a un principio de realidad, dando la posibilidad de posponer la gratificación de algunas necesidades, permitiendo predecir, planificar, retardar la acción, de acuerdo a lo conveniente, haciendo posible también, el considerar las consecuencias de las acciones y como afirma Guyton "permitiendo controlar las actividades de las personas de acuerdo con las leyes de la moralidad" (Guyton 1991).

El alcohol es un depresor del funcionamiento del sistema nervioso central. Al deprimir el funcionamiento cortical, esta inhibiendo a un sistema inhibitor de la conducta violenta, entre otros elementos. Es por esto que el individuo tiene la percepción subjetiva de que el alcohol es un estimulante, cuando menos en las fases iniciales de la intoxicación alcohólica, al bloquear las estructuras encargadas de modular, controlar, inhibir, la conducta agresiva, es más fácil que ésta se haga evidente.

Las referencias a la conducta agresiva del paciente alcohólico, las podemos encontrar en prácticamente todos los autores que sobre el tema escriben. Así, tenemos que Bleuler (1971) refiere, " Los alcohólicos obran de modo irreflexivo bajo el influjo de las emociones y, dadas determinadas circunstancias actúan de manera groseraen casa golpean a su mujer, se pasean desnudos por la casa ante la mirada de los hijos, piden a la mujer que tenga relaciones sexuales, aunque estén presentes los hijos, etc.

...El defecto ético del alcohólico, no depende de la pérdida de sentimientos éticos, sino que estriba en general en las bruscas oscilaciones afectivas y en el dominio que en el sujeto ejercen las emociones del momento, las cuales perturban todos sus pensamientos y toda su voluntad, es decir, la falta de inhibiciones.

Patiño (1982), en su excelente descripción de la clínica del alcoholismo dice: "Es conseja popular el aceptar que el niño y el borracho dicen siempre la verdad. Esto es rigurosamente falso en ambos casos. El ebrio, siempre distorsiona la realidad y falsifica la memoria. Aunque no hay duda que durante la embriaguez afloran tendencias y rasgos de la personalidad habitualmente inhibidos, no es menos cierto que jamás salen en su pureza y sí muy alterados y falseados por los efectos mismos del alcohol. Los clínicos han pensado que la conducta del alcohólico pone en evidencia lo que la personalidad tiene,...el comportamiento del individuo

alcoholizado no es, en el fondo, sino una burda caricatura de la personalidad previa y de los contenidos psicológicos de la misma...es de observación habitual que el alcoholismo en todas sus formas, siempre acentúa los aspectos negativos y no los positivos de la personalidad...En sentido especulativo, podría pensarse que el alcohol, al afectar a lo biológico y a lo cerebral, daña a la conciencia moral, es decir, incapacita al sujeto para una realización adaptativa de los valores que privan en una sociedad dada.

El alcoholismo y la violencia familiar son dos problemas que suelen aparecer casi siempre juntos. La violencia familiar o doméstica, incluye el abuso físico, verbal, sexual y emocional. Esta violencia se ejerce tanto contra el cónyuge como contra los hijos. Una de las consecuencias más trágicas del alcoholismo en uno de los progenitores, es que a los hijos se les roba su niñez. Se crea un clima de miedo, angustia, falta de confianza, culpa y tristeza. Las necesidades de dependencia y apoyo para generar la confianza básica de los hijos no se satisfacen adecuadamente, con lo cual los hijos experimentan un sentimiento de pérdida y pena crónicas que lesionan el sano desarrollo de su personalidad.

Navarro (1992), reporta un estudio de familias alcohólicas y afirma que en un 50% de los casos existía abuso sexual y en un 69% existía violencia y concluye que no parece haber diferencia entre el alcoholismo del padre o de la madre en lo que se

refiere al daño que éste produce en los hijos. En cambio, el alcoholismo de una hija sí suele ser más disruptivo incluso que el del hijo, por los problemas adicionales como embarazos no deseados, promiscuidad sexual etc., problemas que según su experiencia muchas veces hacen que la familia acuda a terapia.

Con el descubrimiento del "síndrome del niño maltratado" en 1961 por Kempe (Marcovich 1981) Se iniciaron una serie de estudios sobre las características de los padres maltratadores. Uno de los hallazgos mas consistentes, es el de la presencia de alcoholismo en uno o ambos progenitores. En un estudio realizado en Winsconsin USA por Kadushin encontró que en general las familias maltratadoras comprendidas en el estudio, se veían particularmente dispuestas a exhibir dificultades personales y conyugales. Las enfermedades físicas y el alcoholismo afectaban a un sector importante de la muestra. El maltrato al menor se daba con mucha más frecuencia cuando la familia estaba bajo tensión y las fuentes potenciales de tensión enumeradas en el estudio de Winsconsin fueron: la ruptura de la familia, la pérdida de empleo y el consumo excesivo de alcohol y drogas, en ese orden.

Se encontró también que el antecedente de que el padre maltratador había sido niño maltratado era extraordinariamente frecuente. Al respecto, uno de los padres reportó " yo tenía una relación terrible con mi familia. Mi padre era alcohólico; mi madre era alcohólica. Mi padre solía golpearme nada más que como práctica, y tengo

recuerdos de mis cinco años, incluso de un poco menos, algo que nunca olvidaré, de ser estrangulado y golpeado y de estar cubierto de magulladuras antes de que me sacaran a mi padre de encima" (Kadushin 1985).

En nuestro país, el Dr. Jaime Marcovich, realizó un estudio publicado en 1981 sobre los niños maltratados y coincide en sus apreciaciones de que el alcoholismo de los padres es un hallazgo frecuente (Marcovich 1981).

Incluso el hecho de que uno de los progenitores que maltrata sea alcohólico disminuye las posibilidades de que las autoridades encargadas de la protección y tratamiento del menor se los reintegren al hogar. Kempe (1979), reporta " A estos padres no podemos recomendar para que les devuelvan los hijos que han tenido que ser hospitalizados. En primer lugar, están los padres adictos al alcohol o a drogas, que no pueden proporcionar ni siquiera una atención mínima a sus hijos".

Otro de los problemas que se están incrementando en la actualidad, derivados o relacionados con el alcoholismo y que son generadores de violencia (física o emocional) en la familia, es el divorcio que tiene como causal el alcoholismo. Existen estadísticas alarmantes reportadas recientemente en que se afirma que en el 80% de los divorcios, el alcohol interviene como causa determinante o desencadenante (Calderón 1988).

Debido a que la violencia y el alcoholismo con frecuencia van juntos, en el DSM IV se incluyen los actos violentos, como criterio para el diagnóstico de la dependencia al alcohol, en el rubro de deterioro de la actividad laboral o social debido al consumo de alcohol, dando como ejemplo la comisión de actos violentos durante la intoxicación (DSM IV). Actos violentos que con mucha frecuencia se dirigen hacia sus seres más próximos que son sus familiares, el cónyuge o lo que es peor, violencia para con los hijos.

Resulta importante señalar la estimación de la División de Investigaciones Epidemiológicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), reportada por el Dr. Juan Ramón de la Fuente en las III Jornadas de Investigación Epidemiológica del IMP, y que se refieren a la relación que existe entre el alcohol y la conducta violenta y es de que en tres de cada diez acciones violentas, el consumo excesivo del alcohol ha jugado un papel importante; lo mismo que en el 17 por ciento de los suicidios. En el 45 por ciento de casos de violación reportados, el violador se encontraba bajo los efectos del alcohol. Asimismo, en aproximadamente el 15 por ciento de los casos de niños maltratados el padre golpeador era bebedor excesivo (Herrera 1987).

En la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1993, se reporta que el 41.6% de los bebedores que tomaron 5 ó mas copas por ocasión en el último año,

presentaron uno o mas problemas derivados de su consumo. Cabe destacar que aproximadamente una quinta parte son problemas que implican violencia. Esto confirma hallazgos de estudios cualitativos en los que se demuestra que la embriaguez está asociada a violencia familiar, riñas en las calles, accidentes, entre otras consecuencias.

Stanton en una investigación sobre familias de adictos tanto a alcohol como otras drogas reporta que las relaciones padre-hijo en las familias de adictos, en contraste con las normales, son descritas por el adicto como muy negativas, con una disciplina ruda e incoherente, encuentra que un número desproporcionado de padres beben demasiado. Describe así mismo, dos tipos de padres de adictos, un "hombre de paja" autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre, y un tipo distante que está claramente en segundo lugar después de la madre en lo concerniente al poder dentro de la familia. Reporta que en estas familias, las probabilidades de incesto son mucho mayores que las que se encuentran en familias de no adictos, con estimaciones que se elevan hasta un 90% (Stanton 1985).

Otros autores como Straussner estudiando el abuso hacia los niños ha encontrado que el alcoholismo de los padres es un antecedente muy frecuente en los casos de maltrato infantil, incluyendo el incesto así como la violencia doméstica (Shulamith 1993).

Mas allá de la agresión física violenta o del incesto flagrante, el alcoholismo de los padres siempre daña a los hijos, es del conocimiento común el que el alcoholismo tiene efectos devastadores en la familia, el cónyuge y sobre todo los hijos desarrollan patrones conductuales disfuncionales que modelan su forma de ser y estar en el mundo. Quizá las dificultades que enfrentan los hijos de alcohólicos son comunes con las de todos aquellos individuos que crecen en familias disfuncionales. Las raíces de la problemática según la comunidad psicoanalítica se encuentran en un narcisismo patológico, en otras palabras, los hijos de alcohólicos según reporta Shulamit, han sido entrenados para sacrificar su seguridad interna (lo que ellos realmente son y desean) por la seguridad externa (lo que otros esperan y desean de ellos). Ellos aprenden tempranamente a no confiar, sentir o hablar de su dolor interno (Shulamit 1993). Y esta deformación de su desarrollo es una forma terrible de violencia, tanto mas terrible en la medida de que es sumamente insidiosa y determina modificaciones estructurales en la personalidad de los hijos.



3.3.- ALCOHOLISMO Y FAMILIA

El individuo alcohólico, nace y crece en el seno de una familia y posteriormente puede integrar su propia familia. Indudablemente, la familia de origen influye en la expresión del alcoholismo. En el estado actual de los conocimientos a propósito de la génesis del alcoholismo, se considera que no existe un factor etiológico único que explique totalmente el por qué un individuo deviene alcohólico y otro no. Uno de los factores frecuentemente citados es el genético, se señala la presencia de un gen involucrado en la transmisión intergeneracional de la adicción al alcohol, especialmente en hombres (Frances 1993).

Otro factor que ha sido invocado es el ambiente familiar. Shulamith (1993), estudiando los antecedentes familiares tanto de alcohólicos como de adictos a opio, encontró que existían antecedentes de separaciones tempranas de uno o los dos padres, o bien reportaban que habían sufrido cuidados inadecuados durante la infancia y/o habían crecido en familias con una incidencia alta de abuso multigeneracional de alcohol u otras drogas. El abuso de sustancias fue conceptualizado por éste autor, como una fuerza significativamente estabilizadora de las disfunciones familiares, por lo tanto, la presencia del adicto al alcohol, en este contexto, era necesaria para la familia.

En la práctica clínica, encontramos familias con diferentes niveles de tolerancia hacia el alcohólico. En algunas de ellas, el alcohólico nunca es integrado totalmente a la familia e incluso con frecuencia es expulsado. En cambio, se encuentran otras familias en las cuales, el alcoholismo crónico de uno de sus miembros se ha convertido en un tema central de su existencia, en éstas familias, el alcoholismo no es el estado de uno de sus miembros sino que se ha transformado en un estado de la familia y se inserta en casi todos los aspectos de la vida familiar, a éste tipo de familias Steinglass la ha llamado "familias alcohólicas" (Steinglas 1987).

Al iniciarse la familia de procreación, cada uno de los cónyuges, lleva la estructura de su familia de origen, sus tradiciones, su identidad, su forma de relacionarse, sus pautas de comunicación etc., incluyendo las pautas de uso del alcohol. Steinglas (1987) afirma "Si las tradiciones familiares predominantes se toman de una familia de origen que se encontraba organizada a su vez en torno al alcohol, es muy probable que la nueva familia también incluya en su vida al alcohol". En este sentido, Shulamit en 1993, pone énfasis en la trasmisión del alcoholismo, para él, el impacto del abuso de alcohol en la familia, tiene repercusiones intergeneracionales. Los varones, hijos de alcohólicos tienen cuatro veces más posibilidades de ser alcohólicos ellos mismos, mientras que en las hijas de alcohólicos encontré que existen tres veces más posibilidades de que desarrollen el alcoholismo y tienen una gran tendencia a casarse con hombres alcohólicos.

Desde el punto de vista sistémico, la familia, vista como un sistema abierto, sufre dos grupos de procesos: uno vinculado con la regulación de la vida de la familia (tendencias morfoestáticas) y el otro relacionado con el crecimiento y desarrollo de la familia (tendencias morfogénicas). Ambos tipos de procesos se encuentran en un interjuego dinámico que tiene como finalidad la maduración sistémica del grupo familiar, de tal manera, que las diferentes fases del ciclo vital de la familia sean superadas exitosamente. En cuanto a la familia, siempre existe un vaivén entre el deseo de la familia de mantener su estabilidad (morfoestasis) y el deseo de cambiar y crecer (morfogénesis). En algunas familias, la necesidad de estabilidad parece ser la que triunfa, y el cambio sólo se produce en respuesta a presiones intensas. En tales familias, los mecanismos morfoestáticos ejercen un efecto tiránico, comprimiendo las aspiraciones de desarrollo hasta que ya no es posible contenerlas, y entonces estallan, a menudo en forma de una gran crisis de la familia. En otras familias parecieran ocurrir constantes alteraciones y cambios. Descritas a menudo como caóticas, estas familias, parecen desorganizadas, no reguladas y descontroladas. La familia funcional es la que ha desarrollado un equilibrio adecuado entre la morfogénesis y la morfoestasis, siendo la clave una adaptación coherente de los mecanismos reguladores y los temas del desarrollo. El alcoholismo, cuando ha sido integrado a la dinámica familiar, impone deformaciones del desarrollo de la familia que impiden la maduración adecuada del sistema. Las conductas relacionadas con el uso del alcohol han llegado a representar un papel importante dentro de los

mecanismos morfogenéticos y morfoestáticos del sistema de la familia. En este sentido, estas dos importantes fuerzas sistémicas que existen en la familia, han llegado, en gran medida, a organizarse en torno de la presencia del alcoholismo o a ser deformada por éste. Las conductas morfoestáticas han sido modeladas por determinados aspectos de la conducta interactiva vinculada con el alcohol, o los han incorporado. La forma general del desarrollo de la familia (el ciclo de vida de ésta) ha resultado deformado por la superposición de una historia de vida alcohólica sobre el ciclo de vida habitual de la familia, se han transformado en una "familia alcohólica" (Steinglass 1989).

En lo que se refiere al ciclo vital de la familia, existen diferentes clasificaciones, una de ellas desarrollada por Conn (1974), quien describe 5 fases, a saber:

I.- Fase de matrimonio: Cuando dos personas se unen en matrimonio, su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de las dos personas, se asumen nuevas funciones, una de las principales tareas es aprender a vivir juntos y al mismo tiempo, atender las necesidades básicas de la personalidad del otro.

II.- Fase de extensión: Se refiere a la llegada de los hijos, la tarea de la familia en ésta fase, consiste en ajustarse y acomodarse al nuevo miembro.

III.- Fase de dispersión: Así como se debieron ajustar y adaptar a la llegada de los hijos, la familia deberá adaptarse a la creciente autonomía de los hijos e incluso fomentarla

IV.- Fase de independencia: Cuando la familia se dispersa, los padres tienen que aprender a ser independientes otra vez.

V.- Fase de retiro y muerte: Cuando uno o los dos cónyuges dejan de existir.

Pollak (1965), poniendo el énfasis en la pareja, describe cuatro fases por las que atraviesa la misma:

- 1) antes de la llegada de los hijos
- 2) la crianza de los hijos
- 3) cuando los hijos se van del hogar
- 4) después de que los hijos se van.

Con base a la clasificación de Pollak, Lauro Estrada desarrolla un modelo de ciclo vital de la familia que incluye las siguientes fases:

- a) El desprendimiento
- b) El encuentro

c) Los hijos

d) La adolescencia

e) El re-encuentro

f) La vejez o soledad y muerte

Describiendo en cada una de estas fases, una serie de tareas que la familia deberá llevar a cabo para continuar su crecimiento saludable.

a) El desprendimiento.- que Estrada define como "aquella capacidad doble del ser humano para adherirse física y emocionalmente al otro, así como para desprenderse o despegarse tanto en lo psicológico como en lo físico".

Desde el punto de vista emocional, todos los desprendimientos son dolorosos, por lo que siempre existen tendencias opuestas en relación al desprendimiento de los hijos, por un lado el deseo de verlos independientes y autónomos y por otro la necesidad de mantenerlos en el núcleo familiar. Cuando el o los progenitores están simbiotizados con el hijo esta etapa genera enormes dificultades que comienzan a ser detectables en la adolescencia del hijo.

b) El encuentro.- Que se refiere al encuentro de la pareja y a propósito de esto Estrada escribe "lograr la incorporación o introyección de un objeto extraño a los familiares paternos y elegirlo como la base fundamental para formar una nueva

familia, tal vez sea, sin temor a equivocarme, una de las situaciones de crecimiento emocional que más problemas le causan al humano". Para que esta etapa se dé saludablemente, es necesario, para el hijo, el haber logrado introyectar, fuera de toda ambivalencia a los padres, logrando así establecer su propia identidad y por otra parte, ser capaz de incorporar o introyectar un objeto ajeno a los objetos familiares incestuosos, con el cual pueda establecer una relación íntima con características de una genitalidad madura".

La pareja así formada, es un minisistema que adquiere vida propia, pero que siempre está en peligro de ser nuevamente reabsorbida si las reglas de las familias de origen son inflexibles.

c) Los hijos.- La llegada de un hijo implica cambios importantes en la dinámica de la pareja, será necesario reestructurarse para dar cabida al nuevo elemento de la familia y el sistema de seguridad tanto físico como emocional que la pareja ya había formado para ambos, deberá flexiblemente modificarse. Uno de los peligros más frecuentemente encontrado en la clínica, es el que uno de los progenitores o ambos, utilizan al hijo como medio de gratificar las propias fantasías infantiles de paternidad o como un complemento patológico de la propia identidad.

d) La adolescencia.- Para Estrada, la adolescencia es la etapa que más pone a prueba la solidez y resistencia del sistema familiar. En ella, se comienza a preparar la fase de desprendimiento del hijo y por definición el adolescente está en búsqueda de su identidad. La identidad de los padres, si no está fuertemente cimentada se puede ver cuestionada, por ejemplo, la rivalidad que un padre siente hacia su hijo varón, cuando este crece más fuerte o inteligente que él o bien los sentimientos de inferioridad y minusvalía si el hijo no logra alcanzar las expectativas de los padres, etc.

e) El re-encuentro.- También llamada etapa del "nido vacío". Aquí, los hijos ya han formado sus propias familias, los padres fisiológicamente, comienzan a declinar, es necesario hacer un espacio emocional y a veces físico para aquellos que van formando las nuevas familias de los hijos, quizá comiencen a llegar los nietos lo cual no siempre es fácil de aceptar por que pueden representar heridas narcisistas, concernientes a la vejez etc. y en ocasiones se debe luchar para independizarse de hijos y nietos con objeto de nuevamente formar una pareja.

f) La vejez.- Esta es una época de pérdidas y de retos que la edad presenta; la búsqueda de una nueva identidad, de encontrar placer en la compañía que se tenga y hacer de la vejez una experiencia significativa y genuina (Estrada 1990).

Esta clasificación del ciclo vital de la familia, se fundamenta en la teoría psicoanalítica, por lo que, hasta cierto punto, el tratar de explicar las disfunciones familiares determinadas por el alcoholismo de uno de los miembros en la familia, resulta en una explicación lineal, de causa-efecto y no tanto en una explicación circular que involucre a todos los miembros de la familia.

Podríamos especular, que el alcoholismo incidirá en todas y cada una de las etapas descritas. Si partimos de la afirmación de Stanton acerca de las familias de adictos, donde describe a la madre del adicto varón como muy involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora, abiertamente permisiva con el adicto, que ocupa la posición de un hijo favorecido, y el padre es distante, desapegado, débil o ausente (Stanton 1985). Se infiere que el hijo difícilmente logrará una conciliación interna del mundo de los objetos, donde la imagen de los padres siempre será ambivalente, por lo que la introyección de los objetos será parcial, con la consiguiente dificultad del individuo para establecer una identidad consigo mismo y por lo tanto será incapaz de introyectar objetos ajenos al núcleo familiar en forma saludable, consecuentemente habrá dificultad para superar adecuadamente las fases de desprendimiento y de encuentro. Difícilmente un individuo que no ha logrado una identidad sólida, podrá ofrecer el anclaje emocional para el compañero, que sustituya el anclaje emocional que le proporciona la familia de origen a su pareja.

En relación a la fase de la llegada de los hijos, la tentación de utilizar a los hijos como un medio para reeditar su propia vida, será muy grande, se requiere, para tener la capacidad de respetar la individualidad del hijo, un yo muy fuerte que permita la expresión de la propia personalidad y de el resto de los miembros de la familia, sin que esto sea sentido como una agresión. Y por definición, la estructura yoica del hijo de un alcohólico es muy débil.

En la fase de adolescencia de los hijos, al estar éstos en búsqueda de su identidad, aparecen fuertes dificultades en la relación con los padres, la mayoría de las veces el padre se ve confrontado con sus propias áreas de identidad, de aquí que muchos padres presentan una franca resistencia al proceso de individuación y separación de los hijos. Ya se ha mencionado que fue a través de los hijos que el individuo logró establecer una identidad vicariante, consecuentemente la independencia de los hijos resulta sumamente amenazante.

En la últimas fases, el re-encuentro y la vejez, cuando ya no existe la meta común, que es educar a los hijos, suele suceder que resulte evidente la incapacidad de expresar y aceptar la expresión de las necesidades y características personales, sin que esto sea interpretado como agresión y rechazo, por lo tanto el individuo no tiene la posibilidad de ser apoyo para tolerar los duelos determinados por las pérdidas que caracterizan a estas etapas.

Desde el punto de vista sistémico Steniglass, describe el ciclo vital de la familia en tres fases, que él llama fases de maduración sistémica y que son :

La primera fase: establecimiento de límites y formación de la identidad.- Esta es la fase más dinámica, es un período de intensa actividad y rápidos cambios. No importa si la familia es de jóvenes recién casados, o de una familia reestructurada. Los temas críticos de desarrollo en ésta fase son la necesidad de establecer una estructura y una identidad como sistema independiente, libre, distinta de las familias de origen y al mismo tiempo, conservando reglas y características consideradas importantes de las familias de las que proceden cada uno de los cónyuges, dependiendo del sentimiento de lealtad que el individuo tenga hacia su familia de origen. Las luchas que se dan en esta fase son luchas para establecer límites. Muchas de las riñas implican la estructuración de límites internos: relaciones entre los hijos de una familia combinada; relaciones conyugales de los recién casados. Pero inclusive, cuando el centro del problema es la organización interna de la familia, el problema subyacente es el establecimiento de límites entre la nueva familia y las familias de origen. En cada caso, el tema es el de qué aspectos de una y otra familias de origen serán repetidos en la familia recién formada.

Las tareas de desarrollo de la primera fase de la maduración sistémica de la familia son universales. Pero la introducción del alcoholismo acarrea importantes consecuencias para el proceso de formación de identidad, durante la primera fase.

Cuando el alcoholismo sale a la superficie en una familia, una de las decisiones que ésta debe adoptar es la de enfrentar ese desafío o transigir con él. Si bien no es necesario que se trate de una decisión consciente por parte de la familia, si ésta elige el camino de la transacción, es muy probable, que a la larga el alcoholismo se convierta en un principio organizador central de la vida de la familia. Es decir, que el alcohol será incorporado a la identidad en surgimiento de la familia.

Las luchas que se desarrollan en las familias de la primera fase, en relación con el alcohol, son muy anteriores a la formación concreta de la nueva familia. Muchos niños que crecen en familias alcohólicas llegan a sus propios matrimonios con firmes ideas en cuanto a si el alcoholismo será tolerado o no en ellos. Un importante factor en la elección de la pareja puede ser el de si existe o no una evidencia de alcoholismo en el futuro cónyuge. Por otro lado, muchos hijos de alcohólicos parecen completamente ciegos en lo que respecta a advertir señales de alcoholismo en el futuro cónyuge.

La fase intermedia: compromiso y estabilidad.- La fase intermedia del desarrollo es por lo general la más prolongada del ciclo vital de la familia. Durante éste lapso se hace más lento el ritmo general de cambio, esta fase se encuentra dominada por fuerzas reguladoras (morfoestáticas), más que por las de cambio (morfogénicas). Es un período de consolidación ordenada. Se caracteriza por el surgimiento de tres características:

- 1.- El compromiso con una cantidad limitada de temas centrales de organización para la vida de la familia
- 2.- El compromiso con un grupo de reglas estables y coherentes, respecto a las conductas y relaciones en el seno de la familia
- 3.- Surgimiento de una serie de programas de conducta repetitivos, muy estructurados, para la organización de las rutinas cotidianas de la familia, así como de los acontecimientos especiales, y estrategias para la solución de los problemas de la vida diaria.

La clave para la comprensión del desarrollo de la fase intermedia en las familias alcohólicas es lo que ocurre con las conductas reguladoras de tales familias. Uno de los principales impactos que ejerce el alcoholismo crónico sobre la vida de la familia es su capacidad de invadir las conductas reguladoras de ésta. El ejemplo más evidente es el que se produce cuando las conductas vinculadas con la embriaguez se incorporan a las estrategias de solución de problemas a corto plazo de la familia. Por

la disposición de éstas, en cuanto a modificar la conducta ritual para adaptarse a un miembro alcohólico de la familia, es asimismo un claro ejemplo de ese proceso de invasión. De la misma manera, la organización insidiosa de rutinas cotidianas en torno a las características temporales de una pauta de consumo de bebida muestra que también las rutinas pueden ser invadidas por el alcoholismo. En cada caso 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. Esto significa que las conductas reguladoras de la familia representan entonces un papel de importancia en lo que se refiere a mantener la conducta alcohólica crónica.

La última fase: aclaración y legado.- De esta fase Steinglass afirma "la mejor manera de caracterizar la última fase de desarrollo de la familia es decir que se trata de aquella en la cual el enfoque de la familia se desplaza de manera gradual, del presente al futuro". Esto, refiriéndose a que en la etapa intermedia, la elaboración cotidiana de decisiones, las rutinas cotidianas y de los días especiales dominan la vida de la familia. Durante esta fase, los problemas de identidad familiar son más implícitos que explícitos.

Hacia el final de la fase intermedia, surgen, por lo general, dos eventos que quebrantan la habitual coherencia y estabilidad de dicha fase. El primero es la gran cantidad de pérdidas experimentadas por la familia (hijos que se van para fundar sus propias familias, muerte de los abuelos, jubilación de los padres etc.). El segundo evento, proviene de nuevas adquisiciones para la familia (la llegada de nuevos miembros por el matrimonio de los hijos, las nuevas ideas generadas por los hijos, distintas a las de los padres y que la familia se esfuerza en incorporar etc.) A medida que las presiones de estos dos tipos de eventos comienzan a crecer, ejercen una tensión cada vez mayor sobre las conductas reguladoras de la familia para conservar la estabilidad y mueven a la familia hacia un nuevo plano de desarrollo que es la última fase, en la cual surge de nuevo, como en la primera fase, como tema primordial para la familia, la redefinición de su identidad y la redefinición de sus límites (para adecuarse a las pérdidas y ganancias que se han tenido). La meta principal es elegir, de todas las reglas, los valores, rituales etcétera, que componen la percepción compartida de la familia respecto de su identidad, los aspectos fundamentales, más claramente representativos, de la esencia de la familia como grupo, y que constituyen su legado familiar, lo que desea transmitir a las familias que integrarán los hijos. En este proceso, se debe volver explícito lo que en la vida de la familia era implícito.

En relación a la familia alcohólica, en esta fase, la familia debe aclarar su posición en lo que se refiere al alcoholismo, y formular esa aclaración de manera muy condensada. Lo que sucede con el tema del alcoholismo es exactamente análogo a lo que ocurre con otros temas de la identidad. Las conductas vinculadas con el alcoholismo que antes eran implícitas se han vuelto ahora explícitas. Sigue entonces una batalla, para decidir si la familia adaptará los rituales y las rutinas a las necesidades de su integrante alcohólico. El uso de conductas relativas al alcohol como parte de las estrategias de soluciones de problemas de corto plazo, vuelve a ser discutido por algunos miembros de la familia.

Frente a esta creciente presión para que se defina una actitud acerca de su identidad alcohólica, la familia se ve obligada a efectuar una declaración explícita en relación con el alcoholismo. A su vez, la índole de esta declaración determina, cual, de una cantidad de opciones posibles, elegirá la familia cuando pase a la fase final. Por ejemplo, puede responder pasando de un estado de consumo a uno abstemio a esa altura de su desarrollo, y tratar de dejar atrás el alcoholismo. Aquí diríamos que la familia ha abandonado por completo su identidad alcohólica. Cuando se elige esta opción, Steinglass propone llamar a esta opción la "estable, abstemia, de la familia no alcohólica". Por otro lado, la familia puede responder reiterando su negativa a dejar de beber y continuar adaptando las conductas reguladoras a las necesidades de su miembro alcohólico. En este caso, Steinglass afirma que la familia ha optado por

una identidad de "familia alcohólica estable", y estos tipos de identidad tan diferentes, decidirán la dirección del desarrollo de las futuras familias.

En conclusión, el alcoholismo crónico (que en lo fundamental es una característica del miembro alcohólico de la familia) tiene la capacidad de convertirse en el problema central de la identidad para las familias. En rigor, todo el concepto de familia alcohólica de Steinglass, está construido en torno de esta premisa. Lo que podría iniciarse como un problema de conducta basado en el individuo puede llegar, con suma facilidad, a absorber cada vez más tiempo de una familia, y cada vez más energía. Así, en las familias alcohólicas, el alcohol no sólo es un tema de identidad nuclear, y no sólo las conductas reguladoras de la familia son influidas con energía por la invasión del alcoholismo, sino que la forma de crecimiento y desarrollo de la familia puede ser, en medida importante, sensible a las exigencias singulares que le impone el alcoholismo y las conductas vinculadas con el alcohol (Steinglass 1987).

CAPITULO IV

4.1.- METODOLOGIA

El estudio, tiene como propósito investigar el funcionamiento familiar, en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión de la familia de origen de los pacientes alcohólicos (AUDIT POSITIVOS) y no alcohólicos (AUDIT NEGATIVOS); los objetivos principales de este estudio se explican en el punto siguiente.

4.2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la estructura y dinámica familiar de origen de un grupo de sujetos con y sin problemas de alcoholismo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Identificar el grado de adaptabilidad que exhibe la familia de origen de pacientes alcohólicos

- b) Identificar el grado de adaptabilidad que exhibe la familia de origen de pacientes no alcohólicos

- c) Conocer el grado de cohesión que tiene la familia de origen de pacientes alcohólicos

- d) Conocer el grado de cohesión que tiene la familia de origen de pacientes no alcohólicos

e) Comparar el grado de adaptabilidad que presentan las familias de origen de pacientes alcohólicos y no alcohólicos

f) Comparar el grado de cohesión que presentan las familias de origen de pacientes alcohólicos y no alcohólicos.

4.3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la estructura de la familia de origen del paciente alcohólico?

¿Será diferente la estructura de la familia de origen del paciente alcohólico de la del no alcohólico?

4.4.- HIPOTESIS

Ho1.- No existe diferencia significativa en el grado de adaptabilidad de la familia de origen del paciente alcohólico y del no alcohólico

Ha1.- Existe diferencia significativa en el grado de adaptabilidad de la familia de origen del paciente alcohólico y del no alcohólico

Ho2.- No existe diferencia significativa en el grado de cohesión de la familia del paciente alcohólico y la del no alcohólico

Ha2.- Existe diferencia significativa en el grado de cohesión de la familia de origen del paciente alcohólico y del no alcohólico.

4.5.- VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Un grupo conformado por pacientes que cumplen los criterios para diagnosticarlos como alcohólicos y otro grupo conformado por pacientes que no cumplen los criterios para ser diagnosticados como alcohólicos. El diagnóstico de alcoholismo se realiza utilizando el test de AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), dicho test fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en 1989, con el fin de identificar a aquellas personas cuyo nivel de consumo de alcohol fuese de riesgo para su salud. El test consta de diez reactivos, cada uno con cuatro posibilidades de respuesta, con un valor determinado cada una de ellas. Cuando se obtiene una sumatoria superior a ocho, se considera que el sujeto es AUDIT POSITIVO o ALCOHOLICO.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Nivel de cohesión de la familia de origen

Nivel de adaptabilidad de la familia de origen

Cohesión familiar.- Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente a la familia. La cohesión familiar se

define como las ligas emocionales que los miembros de la familia sienten unos con otros; involucra los siguientes factores: ligas afectivas, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones (Olson y col. 1979).

Adaptación familiar.- Se refiere a la flexibilidad del sistema familiar para cambiar su dinámica de poder, roles y reglas de relación en respuesta al stress que producen fuerzas circunstanciales o el propio desarrollo de los miembros, involucra: poder familiar, asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, roles de las relaciones y reglas de las relaciones (Olson y col. 1979).

4.6.- MUESTRA

La muestra fue del tipo no probabilístico/intencional. Estuvo integrada por 7 mujeres (13.7%) y 44 hombres (86.3%), pacientes del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la SSA en la Ciudad de Morelia, Michoacán, pertenecientes a los diferentes servicios que existen en dicha institución y que fueron diagnosticados como alcohólicos (AUDIT POSITIVOS). Así como 8 mujeres (19%) y 36 hombres (86%), pacientes del mismo hospital, considerados no alcohólicos ya que resultaron AUDIT NEGATIVOS. A todos ellos se les preguntó si deseaban participar en una investigación sobre alcoholismo, asegurándoles la estricta confidencialidad de los resultados.

4.7.- INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico que es una ficha de identificación donde se encuentran datos tales como: edad, sexo, ocupación, estado civil etcétera, (Ver Anexo No. 1). Además se aplicaron los siguientes instrumentos

1.-El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

2.-La Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II)

1.- AUDIT (anexo No 2)

El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de identificar a aquellas personas cuyo nivel de consumo de alcohol fuese de riesgo para su salud. En 1982 la OMS solicitó a un grupo internacional de investigadores el desarrollo de un instrumento simple para la búsqueda de alcoholismo. El propósito era identificar tempranamente problemas en la ingesta de alcohol utilizando un procedimiento que se pudiese aplicar tanto en países desarrollados como en aquellos que están en vías de desarrollo.

Los investigadores revisaron informes de procedimientos conductuales, de laboratorio y clínicos que se usan con este propósito en diferentes países.

Posteriormente ellos iniciaron un estudio para seleccionar aquellos reactivos que de mejor manera podrian medir la conducta de riesgo en la ingesta de alcohol.

Este estudio de campo comparativo se llevó a cabo en seis países: Noruega, Kenya, Bulgaria, México, Australia y los Estados Unidos.

El método consistió en seleccionar aquellos reactivos que de mejor manera distinguen a los bebedores ligeros de aquellos que beben de manera peligrosa. Este nuevo instrumento permite detectar tempranamente a los bebedores con nivel de consumo peligroso, sin embargo puede también detectar alcoholismo con un alto grado de exactitud.

Una de las ventajas de éste instrumento es el que puede ser autoaplicable, siempre y cuando el nivel educativo del sujeto le permita leer y comprender los reactivos, en caso contrario, se utiliza para efectuar una entrevista breve y estructurada. Evidentemente queda supeditado a que el sujeto responda con veracidad, sin embargo, si se explica y motiva adecuadamente a los individuos, suelen responder honestamente el llenado el documento. Evidentemente, no deberá ser aplicado cuando el sujeto a investigar se encuentra intoxicado o con alguna otra alteración que disminuya su nivel de conciencia (Babor 1989).

Otra indiscutible ventaja es el hecho de ser muy rápido de aplicar, barato y no invasivo. Además, los datos que se investigan son congruentes con los criterios de diagnóstico de alcoholismo de la Clasificación Internacional de Enfermedades ICD 10, así como del Manual Estadístico y Diagnóstico de enfermedades mentales DSM IV.

El instrumento consta de diez reactivos y contiene tres preguntas acerca de la frecuencia de ingesta de alcohol, tres preguntas a propósito de la dependencia al alcohol y cuatro son relacionados con problemas determinados por el alcohol, incluyendo reacciones psicológicas adversas. Los reactivos se seleccionaron con base en la representatividad de los mismos en relación al fenómeno que se está investigando, la correlación con el consumo de alcohol, su escala de validez alta y la posibilidad de distinguir claramente a los bebedores ligeros de aquellos cuyo consumo de bebidas alcohólicas es riesgoso.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Alcohol Use Disorders Identification Test

Nivel riesgoso de consumo del alcohol:

- 1.- Frecuencia de ingesta
- 2.- Cantidad típicamente ingerida
- 3.- Frecuencia de ingesta excesiva

Síntomas de dependencia:

- 4.- Incapacidad para controlar la ingesta
- 5.- Incremento en la ingesta
- 6.- Beber por la mañana

Cósumo intenso de alcohol:

- 7.- Culpa después de beber
- 8.- Amnesia
- 9.- Lesiones relacionadas con el alcohol
- 10.-Otras problemas relacionados con el beber.

El test está diseñado con la metodología de escalas intervalares de espacios aparentemente iguales. Cada uno de los diez reactivos, tiene cuatro posibilidades de respuesta con un valor determinado cada una de ellas. Cuando se obtiene una sumatoria superior a ocho, se considera como "positivo". En general, una sumatoria alta en los primeros tres reactivos, en ausencia de valores altos en los siguientes, sugiere un uso riesgoso del alcohol. Cifras elevadas en los reactivos cuatro a seis implican la presencia de una dependencia al alcohol y niveles altos en los reactivos restantes es sugestivo de un uso perjudicial de alcohol.

El concepto de "uso riesgoso" de alcohol, no se encuentra incluido en el ICD 10 y en el AUDIT se define como un patrón establecido de uso de alcohol que conlleva un alto riesgo de futuro daño a la salud, física o mental, pero que aún no se expresa por una significativa alteración psiquiátrica o médica en general. Los patrones de uso riesgoso, frecuentemente son criticados o desaprobados por las personas que rodean al sujeto y frecuentemente tiene consecuencias sociales como conflictos domésticos, dificultades financieras o rupturas matrimoniales.

El diagnóstico de "dependencia" se define en el ICD 10 como "un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El "consumo perjudicial" según la ICD 10 es una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatopatías) o mental, como

por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es indicativo por sí mismo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial (Babor 1989).

2.-**FACES II** "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II" Instrumento desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell, en 1979, para evaluar las dimensiones y los conceptos relacionados con el Modelo Circumplejo.

El desarrollo del Modelo Circumplejo se inició en 1976, como resultado de la necesidad de integrar los conceptos: cohesión y adaptabilidad. Conceptos utilizados en terapia familiar, sociología familiar y otras disciplinas vinculadas a éstas. De esta manera Olson y Cols. a través de una amplia revisión bibliográfica, observaron que las escalas de adaptabilidad y cohesión eran dos dimensiones sobresalientes en una gran variedad de campos de las ciencias sociales. Y así las unieron en un solo modelo al que llamaron Circumplejo, la idea es ubicar a las familias en estudio en

una matriz circunpleja por las dos dimensiones centrales de cohesión y adaptabilidad. Demasiada o muy poca adaptabilidad o cohesión familiar, es disfuncional, el área central de la matriz está vista como el área de funcionamiento óptimo, esto significa, será el área donde con mayor probabilidad se localicen los sistemas familiares funcionales.

El área central del modelo contiene cuatro tipos de familias que son moderadas en ambas dimensiones de adaptabilidad y cohesión. Los cuatro tipos centrales se caracterizan por funcionar con:

Separatividad flexible

Cercanía flexible

Separatividad estructurada

Cercanía estructurada

Los cuatro tipos extremos que se supone están relacionados con disfunciones familiares se caracterizan por :

Desvinculación caótica

Amalgamamiento caótico

Desvinculación rígida

Amalgamamiento rígido

Cohesión Familiar.- Este concepto alude a los lazos emocionales que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía que experimenta cada individuo dentro de su grupo familiar. Los cuatro niveles de cohesión familiar que incluye el Modelo son los siguientes:

DIMENSION DE COHESION

TIPO DE FAMILIA	NIVEL DE COHESION
1.- Desvinculada	Muy baja
2.- Separada	Moderadamente baja
3.- Conectada	Moderadamente alta
4.- Amalgamada	Muy alta

El tipo de familia desvinculada se caracteriza por tener lazos muy débiles de cohesión y alta autonomía con respecto a la familia, es decir, un nivel de cohesión muy bajo.

Los tipos de familia calificadas como separadas y conectadas acusan un funcionamiento familiar mas efectivo, conservando un buen grado de autonomía,

dentro de éstos niveles de cohesión la familia manifiesta tendencias morfogénicas funcionales ante situaciones que demanda ajustes y cambios.

Por último, el tipo de familia amalgamada en las que existe un nivel de cohesión muy alto no permite la individuación de sus miembros y consiguientemente la autodeterminación y autonomía de los miembros es mínima.

Los conceptos interrelacionados con la dimensión de cohesión son: grado de independencia de los miembros, tipos de lazos familiares, presencia o no de coaliciones, manejo del tiempo, nivel de respeto al espacio propio físico o emocional, interacciones de la familia con los amigos de los miembros, grado de autonomía en las decisiones individuales y nivel de involucramiento en los intereses y recreaciones.

Adaptabilidad Familiar.- Se refiere a la habilidad de un sistema familiar para cambiar tanto sus estructuras de poder, como sus roles y reglas de relación en respuesta a stress provocados por circunstancias internas o externas, incluye los cuatro siguientes niveles:

DIMENSION DE ADAPTABILIDAD

TIPO DE FAMILIA	NIVEL DE ADAPTABILIDAD
1.- Caótica	Muy alta
2.- Flexible	Moderadamente alta
3.- Estructurada	Moderadamente baja
4.- Rígida	Muy baja

La familia caótica se caracteriza por tener una adaptabilidad muy alta. Los tipos de familia flexible y estructurada tienen un nivel de adaptabilidad moderado, lo que les permite un mejor funcionamiento en un momento de crisis o de cambio, en cambio las familias rígidas presentan un muy bajo nivel de adaptabilidad (Olson 1979).

4.8.- PROCEDIMIENTO

En un primer momento, se diseñó una ficha de identificación que permitiera recolectar datos tales como edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad etc., posteriormente se seleccionaron dos instrumentos de investigación, autoaplicables. Se decidió inicialmente aplicarlo exclusivamente en pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la SSA de la ciudad de Morelia, Mich., sin embargo, posteriormente fue necesario aplicar en otros servicios, dado que la inmensa mayoría de los pacientes de Medicina Interna son alcohólicos e incluso, el motivo de su ingreso suele ser la presencia de patologías orgánicas graves, consecutivas a la ingesta crónica e inmoderada de bebidas embriagantes, consecuentemente, en dicho servicio no se encontrarían con los casos control no alcohólicos necesarios para hacer la comparación.

De los pacientes que acuden a los distintos servicios del hospital citado, el 80% son analfabetas funcionales (Martínez, F., 1990), motivo por el cual, los cuestionarios no resultaban autoaplicables, fue necesario entrevistar a cada uno de los pacientes por espacio de una hora en promedio, interrogándolos sobre el funcionamiento de su familia de origen, así como sus hábitos de ingesta de bebidas alcohólicas, posteriormente se interpretaban los datos recabados por éste medio y se vaciaban en los cuestionarios.

4.9.- ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se realizó a través del paquete estadístico SPSS (Nie y cols. 1985) mediante las siguientes pruebas:

ANALISIS DE FRECUENCIA; para conocer la distribución de los sujetos, a fin de saber variaciones tales como sexo, edad, lugar que ocupa en la línea filial , estado civil del paciente y de los padres, ocupación y si existen o no antecedentes de alcoholismo en la familia,

PRUEBA "t"; se utilizó para conocer la discriminación por reactivos.

ANALISIS DE VARIANZA (ANOVA); para conocer las diferencias entre los grupos de alcohólicos y no alcohólicos respecto a cada uno de los indicadores que conforman el instrumento aplicado.

Debido a que los grupos fueron diferentes en la "N" no fue posible realizar otro tipo de análisis.

CAPITULO V

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 51 pacientes alcohólicos, 7 del género femenino, lo que representa el 13.7% y 44 del género masculino, ésto es, el 86.2%. La media de edad de los varones fue de 40 años y de 42 para las mujeres. En relación al estado civil, predominaron, tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres, los casados. El grupo de pacientes no alcohólicos contó con 43 individuos, 35 hombres, que corresponde al 81.3% y 8 mujeres, que representa el 18.6%. La media de edad para los hombres fue de 38 años y en el caso de las mujeres 42 años. Entre los hombres predominaron los casados y en las mujeres, las solteras.

5.1.- ANALISIS DE RESULTADOS.

LUGAR QUE OCUPA EN LA LINEA FILIAL EL PACIENTE ALCOHOLICO:

Se encontró que en el grupo de alcohólicos, 15 de ellos de un total de 51, lo que representa el 29.4% eran primogénitos, mientras que en el grupo de no alcohólicos, los primogénitos fueron 4, lo que corresponde al 9.3%. En el grupo de alcohólicos, 6 individuos ocupan el último lugar en la línea filial, lo que corresponde al 11.7%, mientras que en el grupo de no alcohólicos 8 individuos ocupan éste puesto, lo que corresponde al 18.6%.

PRESENCIA DE ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA.

En el grupo de alcohólicos de un total de 51 individuos, 36 tienen antecedentes de alcoholismo en algún miembro de la familia, lo que representa el 70.58%. En contraste, en el grupo de no alcohólicos, 16 de un total de 43 tiene antecedentes de alcoholismo en la familia, esto es, un 37.2%.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE AUDIT.

Comparando el reactivo AUDIT 3, acerca de la frecuencia con la que se ingiere 6 o más bebidas de una sola vez, la diferencia es significativa ($t = 14.54$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 3.01$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = .16$. Lo cual significa que los individuos diagnosticados como alcohólicos ingieren más de 6 bebidas de una sola vez, mientras que los no alcohólicos no.

En relación al reactivo AUDIT 4, que registra las veces en que, en el último año, una vez que comenzó a tomar no le fue posible dejar de hacerlo, la diferencia es significativa ($t = 152.58$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 2.27$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = .02$. Significando esto que, en términos generales, los alcohólicos una vez que comienzan a tomar ya no pueden parar, mientras que los no alcohólicos, si pueden dejar de hacerlo.

Respecto al reactivo AUDIT 5, que reporta la frecuencia con que el hecho de ingerir bebidas embriagantes interfiere con su desempeño habitual, la diferencia es significativa ($t = 160.79$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 1.27$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = .02$. Lo que significa que la ingesta de bebidas embriagantes, en los alcohólicos interfiere con el desempeño de sus labores habituales, mientras que en los no alcohólicos no existe interferencia.

Comparando el reactivo AUDIT 6, relativo a la existencia o no de la necesidad de tomar un primer trago en la mañana, a fin de poder desempeñar sus labores después de haber bebido el día anterior, la diferencia es significativa ($t = 322.59$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 1.90$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = .000$. Lo que traduce que los alcohólicos requieren de tomar un primer trago la mañana del día siguiente de haber bebido, para poder funcionar, mientras que los no alcohólicos no lo requieren.

Al comparar el reactivo AUDIT 7, que registra la frecuencia con que el individuo sufre sentimientos de culpa después de haber tomado, la diferencia es significativa ($t = 173.42$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una X de 1.70 y el grupo de no alcohólicos tiene una $X =$ de .02. Significando esto que mientras que el alcohólico suele tener sentimientos de culpa después de ingerir bebidas embriagantes, el no alcohólico no los sufre.

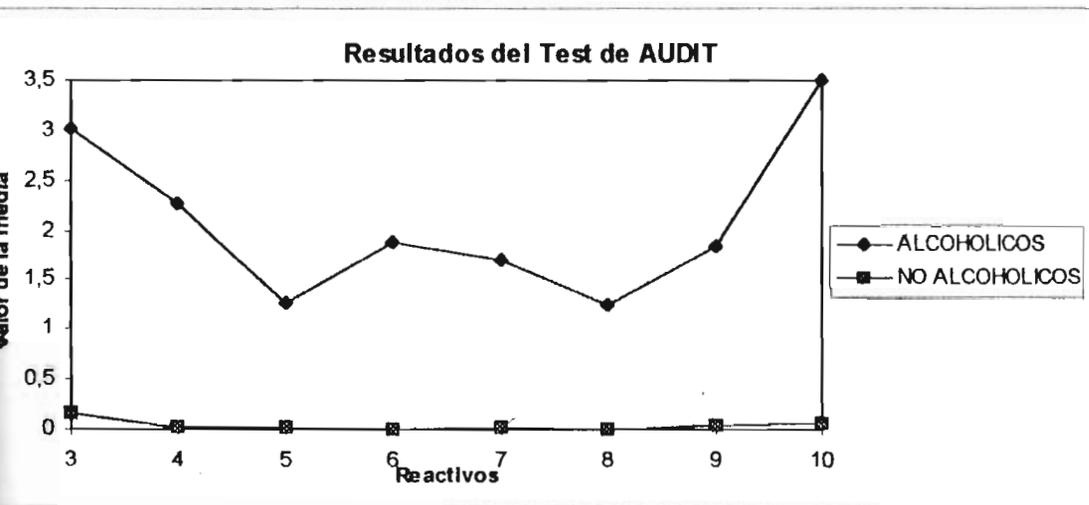
Al comparar el reactivo AUDIT 8, relativo a la frecuencia con que no recuerdan lo ocurrido la noche anterior, la diferencia es significativa ($t = 176.84$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 1.25$ y el grupo de no alcohólicos, tiene una $X = .000$. Lo cual significa que la amnesia de lo ocurrido la noche anterior, solamente se presenta en los alcohólicos, mientras que lo no alcohólicos no lo presentan.

Al comparar el reactivo AUDIT 9, que investiga si ha resultado lesionado alguien a causa de la ingesta de bebidas embriagantes por parte del sujeto investigado, la diferencia es significativa ($t = 300.6$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 1.86$ y el grupo de no alcohólicos, tiene una $X = .04$. Lo que significa que mientras los alcohólicos si se han visto involucrados en problemas de lesiones, por la ingesta de alcohol, en los no alcohólicos no ocurre esto.

Haciendo la comparación del reactivo AUDIT 10 , que se refiere a si le han sugerido que suspenda la ingesta de alcohol, la diferencia es significativa ($t = 28.65$; $p = .000$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 3.49$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = .06$. Significando que mientras que a los alcohólicos, alguien que está al tanto de su forma de beber les ha sugerido suspenderla, a los no alcohólicos no.

TABLA DE LAS MEDIAS OBTENIDAS EN EL TEST DE AUDIT, DE LOS ITEMS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

REACTIVO	ALCOHOLICOS	NO ALCOHOLICOS	t	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
3	3.01	1.16	14.54	0.00
4	2.27	0.02	152.58	0.00
5	1.27	0.02	160.79	0.00
6	1.90	0.00	322.59	0.00
7	1.70	0.02	173.44	0.00
8	1.25	0.00	176.84	0.00
9	1.86	0.04	300.06	0.00
10	3.49	0.06	28.65	0.00



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE FACES II.

Al comparar el reactivo FACES II No. 1 que explora el apoyo que se brindan los miembros de la familia, y mide nivel de cohesión, la diferencia es marginal, no significativa en términos estrictos, ($t = 2.95$; $p = .089$) donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 3.45$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 3.51$. Significando esto, que aún cuando la diferencia no es significativa, sin embargo si indica lazos emocionales más intensos en las familias de alcohólicos que en las de no alcohólicos.

Al comparar el reactivo FACES II No 12, perteneciente a la dimensión de adaptabilidad, y que investiga el nivel de conocimientos que se tienen acerca de las reglas que rigen en la familia, la diferencia es significativa ($t = 8.51$; $p = .004$). Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 4.03$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 4.39$. Lo que significa que existe mayor coherencia en las reglas que rigen el comportamiento familiar de los no alcohólicos, que en la familia de origen de los alcohólicos.

Al comparar el reactivo FACES II No. 13, perteneciente a la dimensión de cohesión, y que investiga la influencia que tienen los distintos miembros de la familia en la toma de decisiones de uno de ellos, la diferencia es significativa ($t = 4.49$; $p = .037$).

Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 2.60$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 2.97$. Lo que significa que en la familia de origen de los no alcohólicos, la influencia de los distintos miembros que la conforman, en la toma de decisiones es mayor que en la familia de origen de los alcohólicos.

Al comparar el reactivo FACES II No. 16, perteneciente a la dimensión de adaptabilidad, y que se refiere a la importancia que se les da a los niños en la toma de decisiones, la diferencia es significativa ($t = 7.63$; $p = .007$). Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 1.49$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 2.02$. Lo que significa que existe una diferencia en cuanto a la flexibilidad en el manejo del poder, siendo esta flexibilidad mayor en la familia de origen de los no alcohólicos.

Comparando el reactivo FACES II No. 17, perteneciente a la dimensión de cohesión, y que investiga el grado de proximidad afectiva que existe entre los distintos miembros de la familia, la diferencia es significativa ($t = 7.45$; $p = .008$). Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 3.37$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 3.74$. Lo que significa que la intensidad de los lazos familiares que unen a la familia de origen de los no alcohólicos, es mayor que en la familia de origen de los alcohólicos.

Al comparar el reactivo FACES II No. 18, perteneciente a la dimensión de adaptabilidad, y que se refiere a la forma como se percibe el tipo de disciplina que existe en la familia, la diferencia es significativa ($t = 5.42$; $p = .022$). Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 3.19$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 3.53$. Lo que significa que se percibe una mayor coherencia y justicia en las reglas disciplinarias que se dan en la familia de origen de los no alcohólicos que en la de los alcohólicos.

Al comparar el reactivo FACES II No. 20 , perteneciente a la dimensión de adaptabilidad, y que mide la posibilidad de intentar nuevas maneras de resolver los problemas, la diferencia es significativa ($t = 3.86$; $p = .052$). Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 1.76$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 2.62$. Lo que significa que las posibilidades de negociación son mayores en la familia de origen de los no alcohólicos que en la de los alcohólicos.

Al comparar el reactivo FACES II No. 21, perteneciente a la dimensión de cohesión, y que se refiere a la posibilidad de que los miembros de la familia acepten las decisiones familiares, la diferencia es significativa ($t = 9.26$; $p = .003$). Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 3.47$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 3.81$. Lo que significa que existe mayor flexibilidad personal, para aceptar

decisiones familiares en la familia de origen de los no alcohólicos que en la de los alcohólicos.

Al comparar el reactivo FACES II No. 28, perteneciente a la dimensión de adaptabilidad, y que se refiere a la posibilidad de expresar lo que se piensa por cada uno de los miembros de la familia, la diferencia es significativa ($t = 6.54$; $p = .012$). Donde el grupo de alcohólicos tiene una $X = 2.74$ y el grupo de no alcohólicos tiene una $X = 3.72$. Lo que significa que existe mayor temor para expresar lo que se piensa en la familia de origen de los alcohólicos que en la de los no alcohólicos.

ANOVA

En el análisis univariado de grupo, la diferencia entre el grupo de alcohólicos y no alcohólicos en la dimensión de COHESION, no tiene significación estadística ($F = 2.76$; $p = .100$). Lo que significa que en ambos grupos de familias de origen, las características de cohesión son semejantes.

En relación al análisis univariado de grupo, en lo que se refiere a la dimensión de ADAPTABILIDAD, si existe una diferencia estadísticamente significativa ($F = 8.46$; $p = .005$). Lo que implica que en el grupo de familias de origen de pacientes

alcohólicos, se percibe a la misma como menos adaptable ante las fuerzas internas o externas a la propia familia.

TABLA COMPARATIVA DE LAS MEDIAS OBTENIDAS EN TEST DE FACES, DE LOS ITEMS CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

REACTIVO	ALCOHOLICOS	NO ALCOHOLICOS	t	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
12	4.03	4.39	8.51	0.000
13	2.60	2.97	4.49	0.037
16	1.49	2.02	7.63	0.007
17	3.37	3.74	7.45	0.008
18	3.19	3.53	5.42	0.022
20	1.76	2.62	3.86	0.052
21	3.47	3.81	9.26	0.003
28	2.74	3.72	6.54	0.012

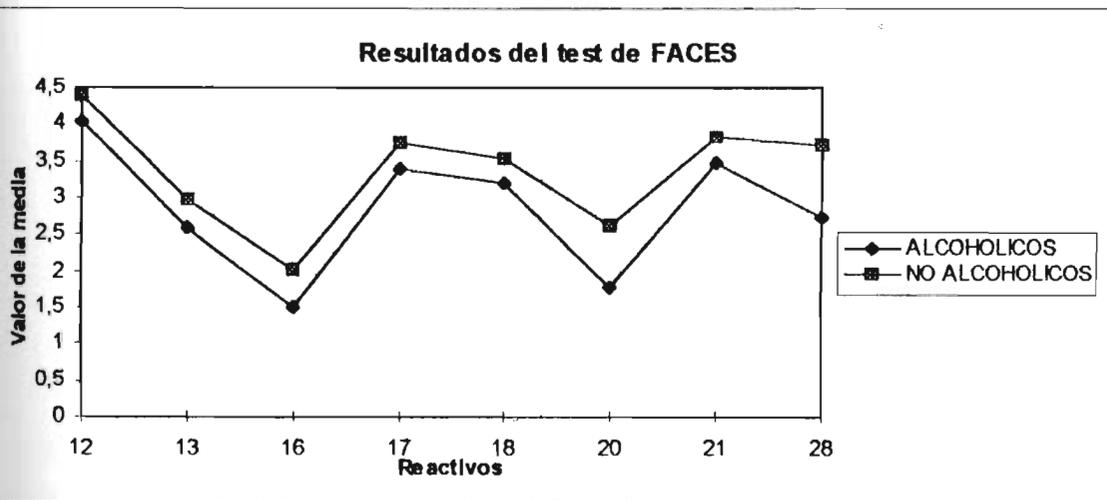


TABLA DE ANOVA DE LAS DIMENSIONES DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD.

DIMENSIÓN	ALCOHÓLICOS	NO ALCOHÓLICOS	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
COHESIÓN	3.13	2.92	2.76	0.100
ADAPTABILIDAD	3.06	2.64	8.64	0.005

5.2.- DISCUSION

El objetivo de la investigación, fue, conocer la estructura y dinámica de la familia de origen de pacientes alcohólicos, comparándola con la de pacientes no alcohólicos.

A fin de determinar si un paciente sería conceptualizado o no como alcohólico, se aplicó el test de AUDIT, se logró reunir a 51 pacientes AUDIT positivos, consecuentemente alcohólicos y 43 pacientes AUDIT negativos, por lo tanto no alcohólicos. A ambos grupos se les aplicó el test FACES II que mide dos dimensiones de la estructura familiar: Cohesión familiar y Adaptabilidad familiar.

En lo que se refiere a la dimensión de COHESION, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, esto, tomando globalmente todos los reactivos que valoran dicha dimensión. Sin embargo, algunos reactivos aislados, sí reportan diferencia significativa y esto ocurre en uno de los reactivos que miden la "intensidad de los lazos familiares" y los dos reactivos que miden el "grado de autonomía en la toma de decisiones" por un miembro de la familia. Lo cual nos indica, que si bien es muy semejante el nivel de cohesión que existe en ambas familias de origen, existe diferencia en lo que se refiere a la intensidad de los lazos familiares, que son más fuertes en la familia de origen de alcohólicos que en la familia de los no alcohólicos.

En relación a este tema, Stanton, reporta que en las familias de adictos, existe un miedo a la separación que intensifica los lazos familiares, el miedo a separarse es tanto de parte del alcohólico a independizarse de su familia, como de parte de la familia a perder al alcohólico, este autor encontró que cuando el alcohólico comenzaba a triunfar y se encaminaba de algún modo hacia el abandono de la familia, ya sea por decisión personal, o por haber logrado mayor autonomía, en ese momento, casi inevitablemente, se desencadenaba una crisis en la familia: los padres reñían o se separaban, un progenitor desarrollaba síntomas, o un hermano se convertía en problema. Ante esto, el adicto, retornaba a su conducta de fracaso y el otro problema familiar se disipaba, y a propósito de esto refiere " Observamos este patrón con tanta frecuencia que nos resultó evidente que no solo el adicto temía separarse de la familia, sino que la familia se sentía igual respecto a él" (Stanton 1985). En este mismo libro, Stanton hace un esbozo de las características psicológicas de la madre de los adictos y afirma que ellas revelan necesidades simbióticas en la forma de llevar a cabo la crianza de los hijos, tienden a aferrarse a ellos y tratarlos como si fueran menores de lo que son. De aquí se puede concluir que la adicción al alcohol, provee al alcohólico de una forma de "pseudoindividuaación" muy necesaria para el desarrollo de su autoestima. Stanton concluye que la adicción sirve de varios modos para resolver el dilema del adicto en cuanto a ser o no un adulto independiente. Es una solución paradójica que permite

una forma de pseudoindividuación. Al abusar del alcohol, el alcohólico no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia. Se le protege cuando está dentro y se culpa al alcohol cuando está fuera, y afirma "es competente dentro de un marco de incompetencia".

La otra diferencia significativa que se encontró en la dimensión de Cohesión es en relación a la posibilidad de tomar decisiones dictadas por intereses individuales, que en la familia de origen de los alcohólicos es mucho más difícil que en la familia de origen de los no alcohólicos, donde se respeta más la individualidad de sus miembros y la posibilidad de disentir, sin que ello se viva como una amenaza para el sistema familiar. Steinglass, repetidamente subraya, como característica de la familia alcohólica una notable intolerancia a la incertidumbre, lo cual la lleva a privilegiar las conductas morfostáticas por sobre las morfogénicas. Esto significa, que la posibilidad de que un miembro de la familia tome decisiones basadas en sus propios intereses y desarrollo individual, es fuente potencial de desequilibrio para el sistema familiar y por lo tanto no son toleradas estas iniciativas, se rigidizan los controles y una de las manifestaciones es el hecho de que prevalecen las necesidades de la familia por sobre las necesidades de uno de los miembros (Steinglass 1987).

Los resultados del análisis correspondiente a la dimensión de ADAPTACION, indica una diferencia estadísticamente significativa, en el sentido de que la familia

de origen de los alcohólicos es vivida por ellos mismos como rígida, con poca posibilidad de adaptación, reflejándose en los reactivos que miden específicamente: mando, disciplina, reglas, negociación y asertividad. En otras palabras, la familia de origen del paciente alcohólico, es manejada rígidamente por una figura de autoridad, que impone reglas inflexibles, disciplina estricta, con poca posibilidad de negociación cuando surgen desacuerdos y esto finalmente lesiona la asertividad del individuo. Esto ocurre según lo interpreta Steinglass por la necesidad de mantener la estabilidad cotidiana, debido a la gran intolerancia a la incertidumbre, la familia se preocupa en exceso por mantener la estabilidad en su seno, la consecuencia es la imposición de conductas reguladoras cada vez más rígidas y dictatoriales, conductas orientadas más bien a la conservación del estatus quo que al estímulo del crecimiento del individuo o de la familia. Existe una rígida distribución de funciones, las familias interpretan mal los cambios normales del desarrollo y los viven como amenazas inaceptables para la homeostasis general, el menor cambio en el ambiente exige reacciones que, en forma dictatorial, mantienen la estabilidad y predictibilidad generales en el ambiente interior del sistema familiar. La familia muestra tener una notable estabilidad, si se mide ésta en términos de predecibilidad de la conducta, pero esta estabilidad se logra a expensas de la flexibilidad y la adaptación necesarias para el sano desarrollo y evolución del sistema.

El sistema familiar es un sistema abierto donde los procesos morfoestáticos, vinculados con la regulación de la vida de la familia y los morfogénicos relacionados con el desarrollo y crecimiento, se encuentran en un interjuego dinámico, cuya finalidad es la maduración sistémica del grupo familiar. En la familia de origen del paciente alcohólico, al privilegiarse los procesos morfoestáticos, ciertamente hay una mayor estabilidad, pero ésta se logra con detrimento de los procesos morfogénicos que permiten a los individuos que la conforman, el crecer, madurar, asumirse como entes individuales y creativos y consecuentemente, lograr su independencia e individuación.

La rigidez en el sistema familiar se asocia con patología en el sistema, no solamente con el alcoholismo, sino con todo tipo de patologías, diferentes autores han acuñado distintos términos para referirse a la rigidez del sistema familiar, fuente de alteraciones, así Bowen habla de "la indiferenciada masa del ego familiar", Lyman se refiere a la "pseudomutualidad", Bateson habla de "ciclos esquismogénicos simétricos y complementarios", Minuchin las llama "familias enredadas". Y podría concluirse que el paciente alcohólico no es sino el síntoma producto de la rigidez familiar. El uso del alcohol, le permite al individuo tener la falsa percepción de ser autónomo, de haberse liberado del rígido sistema que lo apresa, sin embargo, justo el alcoholismo, lo torna dependiente del sistema familiar que se resiste a perderlo dado

que su separación es vivida como mutilación incompatible con la supervivencia del sistema.

Independientemente de las características estructurales de la familia de origen del paciente alcohólico, García-Usieto, reporta que el lugar que ocupa el alcohólico en la línea filial es importante para la expresión del alcoholismo, así, el encuentra que la mayoría de los alcohólicos por él estudiados eran primogénitos o "benjamines". En éste estudio, se encontró que en el grupo de alcohólicos, la frecuencia de primogénitos es mucho mayor que en el grupo de no-alcohólicos, lo cual coincide en parte con lo reportado por García-Usieto (1992).

Resulta interesante señalar también que en el grupo de alcohólicos, la frecuencia con que se reportó antecedentes de alcoholismo en algún miembro de la familia, fue muy superior a la encontrada en el grupo de no alcohólicos. Esto podría interpretarse a la luz de la teoría genética de la etiología del alcoholismo, o bien como apoyo a la teoría conductual de aprendizaje de conductas disfuncionales, o incluso desde un punto de vista psicogenético como la introyección e identificación por parte del niño de la conducta alcohólica de los adultos significativos para él. Desde el enfoque de la Teoría General de los Sistemas, donde no existe una causalidad lineal, sino circular, resulta evidente que de alguna manera, el alcoholismo en la familia de origen del paciente alcohólico será un factor contribuyente a la expresión del mismo,

adquiriendo diferentes matices y pesos específicos, dependiendo de las necesidades del sistema que llene la conducta alcohólica de uno o más de sus miembros.

Dado que el alcoholismo es un problema sumamente complejo, con una etiología multifactorial, no se pretende concluir que la génesis de la adicción se ubique en la dinámica y estructura rígida de la familia de origen del paciente alcohólico, sin embargo es evidente que influye en la posibilidad de expresión y/o mantenimiento del alcoholismo en los miembros que la constituyen.

5.3.- CONCLUSIONES

En el estudio, se comprobó la primer hipótesis planteada, relativa a la existencia de una diferencia en la dimensión de adaptabilidad, en la familia de origen de pacientes alcohólicos y no alcohólicos. Esto significa, que la familia de origen del paciente alcohólico, muestra una mayor rigidez tanto en el manejo del poder, como en los roles y reglas de relación. En este tipo de familias, los cambios en respuesta a demandas internas, por los propios procesos evolutivos de la familia, como ante demandas externas, dadas por el entorno social, son difíciles y generan angustia, se privilegian las tendencias morfostáticas sobre las morfogénicas, determinando con ello una predictibilidad rígida del sistema familiar con menores posibilidades de desarrollo individual de sus miembros.

En la familia de origen del paciente alcohólico, la coherencia en las reglas que rigen el comportamiento es menor; el manejo del poder es menos flexible; las reglas disciplinarias son percibidas como menos coherentes y menos justas; las posibilidades de negociar diferencias son menores y existe mayor temor para expresar lo que se piensa, esto comparado con la familia de origen del paciente no alcohólico.

En lo que se refiere a la segunda hipótesis, relativa a la dimensión de cohesión, la diferencia encontrada no es significativa en forma global. Sin embargo, sí existe diferencias en algunos reactivos en especial, como ocurre con el reactivo que mide la posibilidad de que los miembros de la familia acepten las decisiones familiares, encontrándose que existe una mayor flexibilidad para aceptar las decisiones familiares en la familia de origen de los no alcohólicos que en la de los alcohólicos. En el reactivo que mide la intensidad de los lazos familiares, la diferencia estriba en que en la familia de origen del paciente alcohólico, los lazos familiares son más intensos, característicos de las familias amalgamadas y si a ésto sumamos que en la dimensión de adaptabilidad, son familias rígidas, se les podría calificar como familias rígidamente amalgamadas.

5.4 SUGERENCIAS

Los instrumentos de investigación, se aplicaron a individuos, que en su mayoría son analfabetas funcionales, esto significó una gran inversión de tiempo con cada uno de los pacientes, además de que al ser interpretados por el investigador, siempre existe la posibilidad de que la subjetividad del mismo modifique la percepción que el sujeto investigado tiene de su familia de origen. Se sugiere que se aplique a sujetos capaces de comprender las indicaciones para el llenado de los instrumentos, lo cual agilizaría la recolección de los datos a más de que permitiría un conocimiento más

fiel de la forma como el sujeto percibe a su familia de origen, sin la distorsión que impone la subjetividad del investigador.

Además de repetir ésta investigación en sujetos con escolaridad superior, y tomando en cuenta que el alcoholismo es, al igual que la dependencia a otras drogas, una adicción, pero que por su prevalencia tan alta, siempre se le dá un peso específico mayor en las prioridades de acción del Sector Salud, considero interesante el realizar un estudio semejante en sujetos adictos a drogas distintas del alcohol, a fin de comparar resultados.

En lo que respecta a sugerencias derivadas de las conclusiones del estudio, resulta interesante reflexionar sobre la importancia que tendrá el trabajar terapéuticamente no solo con el paciente alcohólico, o con su familia de procreación, sino también, en la medida de lo posible, con su familia de origen, ésto, buscando modificar la estructura y dinámica familiares, a fin de que el síntoma alcoholismo ya no sea necesario para supervivencia del sistema familiar y se encuentren formas funcionales de relación entre sus miembros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anderson, P.(1993) The risk of alcohol. **Addiction**, 88 (11): 1493-1508 England.
- Avilez, F.(1994) **Teoría General de los Sistemas y Sistemas Familiares**. Documento de apoyo para Maestría. México
- Babor, T.(1989) **The Alcohol Use Disorders Identification Test**, Geneve: World Health Organization, Division of Mental Health.
- Bateson, G.(1972) **Pasos para una Ecología de la Mente**. España: Gedisa.
- Berruecos,J.(1988) **El alcoholismo en México, situación actual y perspectivas**. México: Trillas.
- Bertalanffy, L.(1984) **Teoría General de los Sistemas**. pag 45 México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertalanffy, L. (1984) op. cit. cap II.
- Bertalanffy, L. (1984) op. cit 97.
- Bertalanffy, L. (1984) op. cit. 112.
- Bleuler, E. (1971) **Tratado de Psiquiatría**. España: Espasa Calpe.
- Bowen, M. citado por Hoffman,L.(1987) **Fundamentos de Terapia Familiar**. pg 342-274, México: Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, Fondo de Cultura Económica.
- Bowen, M.(1966) The use of Family Theory in Clinical Practice, **Clinical Psychiatry** 7: 342-374 USA.
- Calderón, G.(1988) **Alcoholismo en México**. México: Trillas
- Conn, H.(1974) **Medicina familiar**. México: El Manual Moderno.
- Chagolla, L.(1976) **Terapia Familiar** . Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. México.

Chick, J.(1993) Alcohol dependence, and illness with a treatment?. **Addiction**, 88(11): 1481-1492 England.

Dávalos, E.(1980) La alimentación entre los Mexicanos **Revista Mexicana de Estudios Antropológicos XIV**: 107-118. México.

De La Fuente, R.(1987) El abuso del alcohol y los problemas relacionados **Revista de Salud Mental**. 10: 3-11 México.

Devine, C.(1993) The survival roles of children of alcoholics: their measurement and validity. **Addiction** 88: 69-78 Australia.

Edwards, J. citado por Menéndez, E.(1990) **Morir de Alcohol**. pag 128 México: Alianza Editorial Mexicana.

Eibl-Eibesfeldt, I.(1972) **Amor y Odio**. México: Siglo XX

Elizondo, J.(1982) Influencia de los aspectos sociales en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico.**Fundación de investigaciones sociales A.C.** 3: 72-76. México.

Estrada, L.(1990) **La teoría Psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia**. México: Hispánicas

Fisher, G.(1993) Personality Characteristics of Adult Children of Alcoholics, other Adults from Disfunctional Families, and Adults from Nondysfunctional Families. **The International Journal of Addictions**, 28 (5): 477-485 USA.

Flores-Ortiz, Y.(1994) La violencia en la familia, un método contextual de terapia intergeneracional. **Revista Interamericana de Psicología** 28 (2): 235-250 USA.

Fray Jerónimo de Alcalá (1988) **Relación de Michoacán**. pag 91, México: Secretaría de Educación Pública.

Fray Jerónimo de Alcalá (1988) op. cit. 185.

Fray Jerónimo de Alcalá (1988) op. cit. 199.

Fray Jerónimo de Alcalá (1988) op. cit. 252.

Fray Jerónimo de Alcalá (1988) op. cit. 211.

Fray Jerónimo de Alcalá (1988) op. cit. 236.

Fromm, E.(1967) **Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano**. México: Fondo de Cultura Económica.

García-Usieto, E.(1992) Variables sociofamiliares relacionadas con el consumo de alcohol, **Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría** 20 (5): 201-217 España.

Garza, S.(1991) **La mujer Mesoamericana**. México: Planeta.

Gonzalez, J.(1993) Mineral metabolism, osteoblastic function and bone mass in chronic alcoholism. **Alcohol and Alcoholism**, 28 (5): 571-579 England.

Gregory, L. citado por García-Usieto (1992) op cit: 67.

Guyton, A.(1991) **Tratado de Fisiología Médica**. cap 58, USA: McGrawhill

Guyton, A.(1991) op. cit. 663-670.

Herrera, N.(1987) ¿Bebedor o alcohólico? **Revista de Información Científica y Tecnológica** 9: 124-129 México

Hill, E.(1992) Young-adult children of alcoholic parents: protective effects of positive family functioning. **British Journal of Adicction** 87: 51-64 USA.

Hoffman, L.(1987) **Fundamentos de Terapia Familiar**. pag 85-91 México: Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L.(1987) op. cit. 49.

Hoffman, L.(1987) op. cit. 39.

Hoffman, L.(1987) op. cit. 63-66.

Hunt, W.(1993) Neuroscience research: How has it contribute to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? a review. **Alcohol and Alcoholism**, 17 (5) 1055-1065 USA.

Kadushin, A.(1985) **El niño maltratado**. México:Extemporaneos

Kempe, R.(1979) **Niños maltratados**. España:Morata S.A.

Kim, I.(1992) **Working with the Problem Drinker**. USA W.W. Norton and Company.

Leon-Portilla, M.(1959) **La Filosofía Náhuatl en sus fuentes**. pag 75, México: UNAM.

Leon-Portilla, M.(1959) op. cit. 108.

Leon-Portilla, M.(1959) op. cit. 112.

Leon Portilla, M.(1958) **Siete Ensayos Sobre Cultura Náhuatl**. México: UNAM.

Lisker-Melman, M.(1988) **Efectos del alcohol en el aparato digestivo**. México: Trillas.

Macias, R.(1988) **Alcoholismo Y Terapia Familiar**. México: Trillas.

Manzano, J.(1993) Les enfants de parents alcooliques. Une etude clinique, **Annales de Médecine et Psychologie, Paris**, 151 (2): 134-137 France.

Marcovich, J.(1981) **El niño maltratado**. México: Editores Mexicanos Unidos.

Martinez, F.(1989) Alcoholismo en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la SSA, trabajo presentado en el XX Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. inédito.

McKay, R.(1993) Does adding conjoint therapy to individually focused alcoholism treatment lead to better family functioning?. **Journal of Substance Abuse** 5: 45-59 USA.

Menéndez, E.(1990) **Morir de Alcohol**. pag 120, México: Alianza Editorial Mexicana.

Menéndez, E.(1990) op. cit. 118.

Menéndez, E.(1990) op. cit. 97.

Minuchin, S.(1974) **Familias y Terapia Familiar**. España: Gedisa.

Navarro, J.(1992) **Técnicas y Programas en Terapia Familiar**. pag 45, Argentina: Paidós.

Navarro, J.(1992) op. cit. 223-227.

Nie y cols. (1975) paquete SPSS.

Olson, D.(1979) Circumplex Model of Marital and Family Systems: II, Cohesion and adaptability Dimensions, Family Types and Clinical Applications. **Family Process** 18. 3-28 USA.

Patiño, J.(1980) **Psiquiatría Clínica**. pag 309, México: Salvat.

Patiño, J.(1980) op. cit. 299.

Patino, J.(1980) op. cit. 305.

Patiño, J.(1980) op. cit. 328.

Perls, F.(1975) **Esto es Gestalt**. Chile: Cuatro Vientos.

Pollak, O.(1965) **Sociological and Psicoanalitic concepts in Family Diagnosis**. USA: The Free Press.

Reiss, D. citado por Hoffmnan, L.(1987) **Fundamentos de Terapia Familiar**. México: Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, Fondo de Cultura Económico.

Roman, C.(1984) **El alcoholismo en México**. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

Sahagún, B.(1977) **Historia de las cosas de la Nueva España**. I:323 México: Porrúa S.A.

Sahagún, B. (1977) op. cit. I:325.

Sahagún, B.(1977) op. cit. I:301-302.

Sahagún, B.(1977) op. cit. I:105-106.

Shulamit, L.(1993) **Clinical work with substance-abusing clients**.pag 24 USA: The Guilford Press.

Stanton, T.(1985) **Terapia familiar**. pag 102, España: Gedisa

Stanton, T.(1985) op. cit. 29.

Stanton, T.(1982) **The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction**. USA: The Guilford Press.

Steinglass, P.(1987) **La familia Alcohólica**. pag 59, España: Gedisa.

Steinglass, P.(1987) op. cit. 113.

Steinglass, P.(1987) op. cit. 293.

Steinglass, P.(1971) A System Approach to alcoholism: a model and its clinical application, **Archives of General Psychiatry**, 24, 401-408 USA.

Straussner, citado por Shulamith, L.(1993) **Clinical Work with substance-abusing clients**. USA: The Guilford Press.

Streissguth, A.(1993) Fetal alcohol syndrome in twins of alcoholic mothers: concordance of diagnosis and IQ. **American Journal of Medicine Genetics**, 47 (6): 857-861 USA.

Striegel, M.(1993) Problem drinking and symptoms of disordered eating in female high school students. **International Journal of Eat Disorders**, 14 (4): 417-425 USA.

Velazco, R.(1988) **Alcoholismo**. México: Trillas

Virkkunen, M.(1994) Personality profiles and state aggressiveness in finish alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. **Archives of General Psychiatry**, 51 (1): 28-33 USA.

ANEXO No 1

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE _____
SERVICIO _____
EDAD _____ SEXO _____

OCUPACION:

- 1) PROFESIONISTA ()
- 2) EMPLEADO ()
- 3) CAMPESINO ()
- 4) SUBEMPLEADO ()
- 5) AMA DE CASA ()
- 6) ESTUDIANTE ()
- 7) NINGUNA ()

ESTADO CIVIL:

- 1) SOLTERO ()
- 2) CÁSAO ()
- 3) UNION LIBRE ()
- 4) DIVORCIADO ()
- 5) ABANDONADO ()
- 6) VIUDO ()

NUMERO QUE OCUPA EN LA LINEA FILIAL:

ES EL No. _____ DE UN TOTAL DE _____ HIJOS

PRODUCTO DE:

- 1) MATRIMONIO ()
- 2) UNION LIBRE ()
- 3) MADRE SOLTERA ()
- 4) ABANDONADO EN ORFELINATO ()
- 5) PADRES DIVORCIADOS ()

ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA

- 1) SI ()
- 2) NO ()

MORELIA, MICH., A _____ DE _____ DE 1995.

ANEXO No.2

CUESTIONARIO AUDIT

1.- ¿Que tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?

(0) nunca (1) cada mes o menos (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 a 3 veces a la semana (4) más de 3 veces a la semana

2.-¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día en el cual está bebiendo?

(0) 1 a 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 ó 9 (4) 10 ó más

3.- ¿Qué tan frecuente toma 6 ó más bebidas alcohólicas de una sola vez?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) Una vez al mes

(3) una vez a la semana (4) diario o casi diario

4.- ¿Cuántas veces en el último año notó que una vez que comenzó a tomar ya no podía parar?

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

5.-Durante el último año ¿que tan frecuente ha sido que el tomar bebidas alcohólicas interfiera con sus actividades normales?

(0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) una vez al mes (3) una vez cada semana (4) diario o casi diario

6.-Durante el último año ¿que tan frecuente ha sido que tenga que tomar un primer trago por la mañana para poder funcionar después de haber tomado bebidas alcohólicas el día anterior?

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

7.-Durante el último año ¿qué tan frecuentemente ha sentido remordimientos ó sentimientos de culpa después de tomar bebidas alcohólicas?

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

8.- Durante el último año ¿que tan frecuente no ha podido recordar lo que pasó la noche anterior?

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

9.- Usted o alguien ¿ ha resultado lesionado por haber usted tomado bebidas
alcohólicas?

(0) nunca (2) Si, pero no en el último año (4) si, durante el último año

10.- Existe algún amigo, pariente ó médico que esté al tanto de su consumo de
bebidas alcohólicas que le haya sugerido suspenderlo?

(0) no (2) si, pero no en el último año (4) si, durante el último año.

ANEXO No.3

FACES II

Conteste las siguientes preguntas, que se refieren a como describiría a su familia, utilizando la escala que aparece a continuación:

- 1.- CASI NUNCA
- 2.- DE VEZ EN CUANDO
- 3.- ALGUNAS VECES
- 4.- FRECUENTEMENTE
- 5.- CASI SIEMPRE

1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles()

2.- En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión()

3.- Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con los miembros de la misma familia.....()

4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes.....()

5.- Nuestra familia acostumbra a reunirse en el mismo cuarto()

6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina()

7.- Nuestra familia acostumbra a hacer actividades en conjunto()

8.- Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones()

9.- En nuestra familia, cada quien escoge su propio camino()

10.- Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia()

11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos mas íntimos de los otros miembros de la familia...()

12.- Es difícil saber cuales son las reglas que se siguen en nuestra familia.....()

13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar.....()

14.- Los miembros de la familia dicen lo que quieren()

15.- Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades()

16.- Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños()

17.- Los miembros de la familia, se sienten muy cercanos unos a otros()

18.- La disciplina es razonable y justa en nuestra familia()

19.- Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia ()

20.- Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas()

21.- Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer.....()

22.- En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades..... ()

23.- Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma()

- 24.- Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestra familia.....()
- 25.- Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en casa.....()
- 26.- Cuando surgen problemas, toda la familia se compromete a resolverlos.....()
- 27.- Aprobamos a los amigos de cada quien.....()
- 28.- Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos()
- 29.- En la familia, se forman alianzas en vez de actuar como familia total.....()
- 30.- Miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros()

ANEXO No. 4

FACES II

DIMENSION	CARACTERISTICA	REACTIVOS
COHESION	lazos emocionales	(+) 1 (+) 17
	límites familiares	(-) 3 (-) 19
	coaliciones	(-) 9 (-) 29
	tiempo	(+) 7 (+) 23
	espacio	(-) 5 (+) 25
	amigos	(+) 11 (+) 27
	toma de decisiones	(+) 13 (+) 21
	interés y diversión	(-) 15 (+) 30

ANEXO No. 5

FACES II

DIMENSION	CARACTERISTICA	REACTIVOS
ADAPTABILIDAD	asertividad	(+) 2
		(+) 14
		(-) 18
	mando	(-) 4
		(+) 16
	disciplina	(+) 6
		(+) 18
	negociación	(+) 8
		(+) 20
		(+) 26
reglas	(-) 12	
	(-) 24	
roles	(+) 10	
	(+) 22	