

ARTÍCULO ORIGINAL

Propuesta de una guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico

MSc. Dra. Niurka Mendoza Cabrera¹, MSc. Dra. Lourdes M. Jaime Valdés², MSc. Dr. Ángel Luis García Ferreiro³, MSc. Dra. Evelin Pérez Chang³, MSc. Dr. Luis Enrique Pérez Guerra⁴, Dra. Bertha María Sáez Ruiz⁵

¹Policlínico “Capitán Roberto Fleites”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”, Santa Clara

³Hospital Psiquiátrico “Dr. Luis San Juan Pérez”, Santa Clara

⁴Policlínico “Marta Abreu”, Santa Clara

⁵Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”, Santa Clara

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con enfoque cuantitativo de corte transversal durante el primer trimestre del año 2015 con familiares de pacientes alcohólicos dependientes previamente diagnosticados en consulta individual y grupal pertenecientes al Policlínico “Capitán Roberto Fleites”. El universo quedó constituido por 579 familias y la muestra por 25 familias de pacientes alcohólicos pertenecientes al Grupo de ayuda mutua de alcoholismo. Se aplicaron dos cuestionarios: el primero constaba de 16 preguntas cerradas; el segundo fue la prueba para evaluar el funcionamiento familiar. Posteriormente se confeccionó una guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico que contempló, fundamentalmente, aspectos instructivos de orientación para informar a qué servicios acudir para ayudar a estos enfermos y a sus familias. Hubo un predominio de la nuclearización familiar y de las crisis normativas como fase de cambio entre dos etapas y predominaron las crisis por desmoralización y la alta incidencia a la disfuncionalidad familiar y el mecanismo de afrontamiento familiar a la drogodependencia de tocar fondo o ir a la raíz del problema resultó ser predominante. La propuesta de guía instructiva fue considerada muy adecuada por un por ciento elevado de especialistas consultados.

Palabras clave: alcoholismo, trastornos relacionados con sustancias, familia, adaptación psicológica

ABSTRACT

A retrospective and descriptive study with quanti and quality cross-sectional approach was conducted during the first quarter of 2015 with relatives of dependent alcoholic patients previously diagnosed on individual and group consultation belonging to “Capitán Roberto Fleites” Polyclinic. The universe was composed by 579 families; the sample size was 25 families of alcoholic patients in the Group of mutual help of alcoholism. Two questionnaires were applied: one, created by the researcher and subject to an assessment according to the criteria of specialists, consisting of 16 closed questions; the second was the test to assess family functioning. Later it was made an instructive guide directed to family of alcoholic patient that contemplated, fundamentally, instructive aspects of orientation to report to what services to go in order to help these patients and their families. There was a predominance of family nuclearization and policy crisis like phase change between two stages and prevailed crisis by demoralization and the high incidence of family dysfunction and mechanism of family to face with drug dependency of touching the bottom or going to the root of the problem turned out to be predominant. The proposed of instructive guide was considered to be very adapted by a high per cent of consulted specialists.

Key words: alcoholism, substance-related disorders, family, adaptation, psychological

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es una enfermedad crónica que se manifiesta por la búsqueda y el uso compulsivo, que se caracteriza por frecuentes recurrencias y que se relaciona con una predisposición biológica y por los efectos prolongados de su acción sobre el cerebro.

Esta afectación sobre las funciones cerebrales causa importantes estragos en la sociedad contemporánea. La peligrosidad de cada droga no depende solamente de sus efectos psicológicos, sino también de su repercusión sobre factores económicos, políticos e ideológicos de la expresión masiva sobre el uso que haya tenido y de las crisis sociales y familiares ocurridas alrededor de ellos.¹⁻⁵

Aunque el consumo de drogas comienza a ser un problema médico reciente, existen antecedentes históricos que las describen desde hace muchos siglos atrás. En la Biblia aparecen descripciones sobre el efecto del alcohol y en el Código de Hammurabi aparecen legislaciones para el control de conductas inadecuadas por el consumo de sustancias embriagantes. Los egipcios consumían opio, en la India se bebía el soma y en Grecia el nepente, para todos el alcohol ha sido la droga histórica de Occidente, mientras que en Oriente eran los derivados del cannabis y la adormidera (derivada del opio).⁵

La familia es la primera escuela del hombre y tiene un valor de refugio afectivo y de aprendizaje social, pero también dentro de ella se aprenden conductas negativas responsables de actos posteriores; es un factor decisivo en el tratamiento del paciente alcohólico pues es importante que tenga la armazón necesaria para enfrentar esta terrible enfermedad y de esta forma ayudar a quien más sufre por su propia drogadicción.⁶ Resulta penoso que ante circunstancias como esta es la propia familia la que busca estilos de afrontamiento inadecuados y utiliza recursos no apropiados, de forma consciente, que lejos de ayudar dificultan el tratamiento y la rehabilitación de este paciente.⁷ En este medio existe el mito de no considerar al alcohólico como enfermo y es precisamente la familia la que no lo ve como un enfermo sino un débil moral, un sinvergüenza o un débil de voluntad. Motivados por este desconocimiento y por la importancia del apoyo familiar a esta enfermedad es oportuno reconocer que la presencia de una familia cooperadora puede contribuir a lograr una abstinencia prolongada y, en ocasiones, definitiva. La novedad de este estudio consiste en la propuesta de una guía instructiva, creada directamente para la familia del paciente alcohólico, con el objetivo de instruir sobre esta adicción y lograr en esta un impacto emocional, cognitivo y que, finalmente, origine un cambio en el comportamiento de esta familia que ayude al tratamiento y a la rehabilitación social, personal, familiar y laboral de estos toxicómanos. Existen varios estudios nacionales^{1,2,6} y en esta área de atención sobre la disfuncionalidad familiar del paciente alcohólico, pero se adolece de trabajos que aborden los mecanismos de afrontamiento familiar a la drogodependencia. ¿Cómo el familiar del paciente alcohólico utiliza diversas estrategias para enfrentar esta dolorosa enfermedad? Por ende se hace necesaria la realización de estudios y programas que integren a la familia al tratamiento de estos pacientes.

Este trabajo no solo aporta el perfil educativo en estos constructos humanos, sino que tendrá impacto en lo económico y lo social al trabajar específicamente en la

prevención a nivel primario de salud e impedir el alto costo económico que implican en recursos estos pacientes cuando ingresan en un servicio de desintoxicación y deshabitación porque los fármacos disuasivos son muy costosos.

En la Provincia de Villa Clara hay diagnosticados 8 236 dependencias alcohólicas, información facilitada por levantamientos generales del Programa de alcoholismo y otras adicciones realizados por los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM). El Municipio de Santa Clara registra datos de esta enfermedad desde 1988. En esta área de atención comunitaria, según datos actualizados del diagnóstico de salud mental del año 2014 en el Policlínico "Capitán Roberto Fleites", de una población total de 54 422 hay 579 dependientes alcohólicos. Este es uno de los problemas de salud que registra mayor incidencia en el área y que está vinculado al delito por violencia asociado al consumo peligroso de estas sustancias nocivas.

Lo expuesto anteriormente llevó a elaborar una propuesta instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico basada en la caracterización de estas familias y en los criterios de especialistas, así como caracterizar el tipo de familia, las existencias de crisis familiares normativas y paranormativas asociadas al alcoholismo y la funcionalidad familiar e identificar los mecanismos de afrontamiento de las familias de pacientes alcohólicos y, posteriormente, valorar la guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con enfoque cuantitativo y de corte transversal empleando una estrategia mixta durante el primer trimestre del año 2015 con familiares de pacientes alcohólicos dependientes previamente diagnosticados en consulta individual y grupal pertenecientes al Policlínico "Capitán Roberto Fleites" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara. El universo quedó constituido por 579 familias de pacientes alcohólicos, para determinar la muestra se calculó mediante la fórmula que utiliza varianza máxima de proporciones con nivel de confianza del 95%. El tamaño de la muestra a estudiar fue de 25 familias, la selección de la muestra se realizó de forma intencional, específicamente con familiares de pacientes alcohólicos pertenecientes al Grupo de ayuda mutua de alcoholismo, que se encuentran en diferentes fases de rehabilitación. Se aplicaron dos cuestionarios, el primero de 16 preguntas cerradas, creado por el investigador y que fue sometido a una valoración según criterio de especialistas y de expertos y a un pilotaje antes de su aplicación con un pequeño grupo familiar; se trianguló la información con las fichas familiares del médico de la familia y las historias clínicas ambulatorias del paciente. El segundo cuestionario aplicado a las familias objeto de estudio fue la prueba para evaluar el funcionamiento familiar (FF-SIL) validado por su autora Isabel Louro Bernal.⁸ Posteriormente se confeccionó una Guía instructiva (anexo 1) dirigida a la familia del paciente alcohólico que contempló, fundamentalmente, aspectos informativos de orientación, comunicación, mensajes reflexivos y una breve reseña para informar a que servicios acudir para ayudar a este tipo de enfermos y a su familia. Esta guía, elaborada por el investigador, fue sometida a los criterios de diez especialistas (en Psiquiatría, Psicología, Medicina General Integral y directivos de salud mental, con una edad promedio de 53.7 años, con 28.6 años promedio de graduados y una experiencia

en el tema de alcoholismo y familia de 15.7; cuatro eran profesores titulares, cuatro auxiliares, uno asistente y uno instructor, cuatro son doctores en ciencias y seis máster en ciencias) con experiencia en el trabajo de alcoholismo-familia. Se confeccionó una guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico que contempló, fundamentalmente, aspectos informativos de orientación, comunicación, mensajes reflexivos y una breve reseña de la enfermedad; el especialista será el encargado de instruir a los familiares, explicarles los aspectos contemplados en la guía y orientarlos a que servicios acudir para ayudar a este tipo de enfermo.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra los tipos de familias en las que se observa predominio de las familias nucleares (10, 40%), le siguen las monoparentales (7, 28%) y, en menor proporción, la extensa consanguínea (24%) y las reconstituidas (8%).

Tabla 1. Tipos de familias

Tipos de familias	Frecuencia	%	% acumulados
Nuclear	10	40.0	40.0
Extensa consanguínea	6	24.0	64.0
Monoparental	7	28.0	92.0
Ensamblada, reconstituida o mixta	2	8.0	100.0
Total	25	100.0	

Fuente: encuesta

En cuanto a la frecuencia con que aparecen las crisis normativas relacionadas con el ciclo vital de la familia se observa que el 64% de las familias manifiesta al menos una crisis normativa (tabla 2).

Tabla 2. Crisis familiares normativas

No. de eventos	Frecuencia	%	% acumulados
5	1	4.0	4.0
4	1	4.0	8.0
3	2	8.0	16.0
2	2	8.0	24.0
1	10	40.0	64.0
0	9	36.0	100.0
Total	25	100.0	

Fuente: encuesta policlínico

La tabla 3 muestra las crisis paranormativas en relación con el alcoholismo. Predominan las crisis de desmoralización con 25 casos, para un 100%; el 16% son alcohólicos reclusos.

Tabla 3. Crisis por desmoralización

	Frecuencia	%	% acumulados
Alcohólicos reclusos	4	16.0	16.0
Alcohólicos	21	84.0	100.0
Total	25	100.0	

Fuente: encuesta

El 68% de las familias son disfuncionales, el 12% son severamente disfuncionales y el 20% son moderadamente funcionales, lo que demuestra que el alcoholismo afecta la funcionabilidad familiar (tabla 4).

Tabla 4. *Funcionabilidad familiar*

Funcionabilidad familiar	Frecuencia	%
Severamente disfuncionales	3	12.0
Disfuncional	17	68.0
Moderadamente funcionales	5	20.0
Total	25	100.0

Fuente: prueba de FF-SIL

La tabla 5 muestra que de los mecanismos de afrontamiento familiar frente a la adicción el alcohol que más alta incidencia informó a esta investigación fue el tocar fondo o ir a la raíz del problema (23, 92%); los mecanismos de rechazo familiar y pasar por alto informaron baja incidencia (una familia, 4%).

Tabla 5. *Mecanismos de afrontamiento familiar a la drogodependencia*

Mecanismos de afrontamiento familiar	Familias	%
Tocar fondo o ir a raíz de problema	23	92
Rechazo familiar	1	4
Pasar por alto	1	4
Total	25	100

Fuente: encuesta

En la consideración de la guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico el 92% de las opiniones de conjunto fueron de "muy adecuadas"; los indicadores de aplicabilidad y la necesidad de implantación de la propuesta fueron aprobados de forma unánime.

DISCUSIÓN

Este estudio coincide con la totalidad de la bibliografía consultada que expresa que la familia nuclear es la unidad principal de las sociedades más avanzadas y es el sistema imperante en Occidente en la actualidad; en Europa, con la era de la industrialización, sobrevino un predominio de la familia nuclear.

En Francia, cuando existe inestabilidad política, predominan las formas familiares extensas, mientras que cuando el estado garantiza la defensa y la paz de los individuos predomina la forma tradicional nuclear.⁷ Ares Muzio afirma que este tipo de crisis depende de la transición de etapas y del enfrentamiento a los acontecimientos normativos que le ocurren a toda familia en su proceso de desarrollo. Estas no son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios, por eso se dice que las crisis constituyen puentes decisivos y críticos en los que el peligro y la oportunidad coexisten.⁹ González Menéndez incluye al alcoholismo como principal factor de desmoralización en las crisis familiares de carácter no transitorio por efectos deletéreos sobre las diferentes funciones de esta institución

social;² Ares Muzio considera al alcoholismo como una crisis por desmoralización familiar.⁹

Es amplia la bibliografía consultada que habla a favor de la disfuncionalidad familiar que origina el alcoholismo. Martínez Hurtado, al referirse a este tema, enunció: "En el entorno familiar los conflictos van acompañados de escándalos, denuncias, agresividad verbal y física, con gran afectación a la pareja por una vivencia llena de desajustes y degradación que lleva comúnmente al divorcio". Un estudio realizado en Chiapas, México, en una Unidad de Atención Primaria, en mujeres, reveló resultados similares a este al referir que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de que se presente disfuncionalidad familiar y disfuncionalidad conyugal.¹⁰ En una caracterización del consumo alcohólico en un Consultorio Médico de la Familia del Municipio Martí, de la Provincia de Matanzas, con respecto a la dinámica familiar un tercio de los encuestados arrojó crisis en el hogar por la ingestión de alcohol. La presencia de un solo consumidor altera la dinámica familiar y su funcionalidad debido a conflictos que pueden ser transitorios o permanentes y afecta de forma variable a sus miembros.¹¹ En un estudio realizado en el Centro Comunitario de Salud Mental del Municipio Playa, de la Provincia de La Habana, el modo de afrontamiento de ir a la raíz del problema o centrado en el problema fue el predominante.

Generalmente las familias han buscado ayuda, información y apoyo social; han asumido que lo más importante para salir adelante es dirigir todos los esfuerzos a la búsqueda de resoluciones, alternativas, estrategias y formulaciones positivas para enfrentar el problema adictivo de su familiar. La Doctora Trevin plantea que es importante profundizar en el papel primordial de la familia en el desarrollo del proceso adictivo, este es el núcleo rector de creencias, valores sociales, culturales y espirituales; criterio compartido por el autor de este trabajo. El fortalecimiento de las familias en estos ámbitos produce individuos de elevados valores, adecuada autoestima y autenticidad de principios, de los que se derivan que utilicen mejores y más variadas estrategias de afrontamiento y que tengan mayor capacidad adaptativa lo mismo para prevenir la adicción o como factores protectores una vez establecida esta.¹² Este estudio mostró que estas familias que utilizan mecanismos de afrontamiento familiar de tocar fondo y ayudar al paciente enfermo de alcoholismo favorecen su rehabilitación.¹³⁻¹⁶

La propuesta de guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico se elaboró sobre la base de la caracterización de estas familias y se pudo constatar en el estudio que predomina la familia nuclear. Existen crisis normativas como fase de cambio entre dos etapas en todas las familias estudiadas, predominan las crisis por desmoralización y hay una alta incidencia a la disfuncionalidad familiar. El mecanismo de afrontamiento familiar a la drogodependencia de tocar fondo o ir a la raíz del problema resulta ser predominante en este estudio. La propuesta de guía instructiva fue valorada por un por ciento elevado de especialistas consultados que la consideraron muy adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Menéndez R. Usted puede... prevenir, detener y vencer las adicciones. La Habana: Científico Técnica; 2005.
2. González Menéndez R. Alcoholismo: abordaje integral. Santiago de Cuba: Gente Nueva; 2004.

3. De la Cruz Romero C. Alcoholismo [Internet]. 2007 [citado 20 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos47/alcoholismo/alcoholismo.shtml>
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. 2010 [citado 28 Dic 2014]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/
5. Arias JF. 15 Espacios que salvan. En: Drogas y mentiras: dos agresiones contra Cuba. La Habana: Capitán San Luis; 2010. p. 65-69.
6. Clavijo Portieles A. Crisis, familia y psicoterapia [Internet]. La Habana: Ecimed; 2011 [citado 25 Nov 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/crisis_familianuevo/crisis_fam_psic.pdf
7. Halligan FR. El arte de afrontar los cambios [Internet]. 2000 [citado 27 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.leonismoargentino.com.ar/INST358.htm>
8. Louro Bernal I. Modelo teórico metodológico para evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
9. Ares Murcio P. Crisis familiares. En: La familia una mirada desde la psicología. La Habana: Científico Técnica; 2010. p. 93-95.
10. Boo-Vera D, Martínez-Torres J, Montesinos-Balboa JE. Influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionabilidad conyugal y familiar. Rev Salud Pública Nutr [Internet]. 2010 [citada 21 Jul 2011]; 11(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/xi/2/articulos/consumo_de_alcohol.htm
11. Hernández Castro V, Hernández Reyes V, Rodríguez Soto D. Caracterización del consumo alcohólico en un consultorio médico de la familia. Municipio Martí. Rev Méd Electrón [Internet]. 2006 [citado 23 Agos 2010]; 28(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/320/html>
12. Trevin Carmona I, Ventura Castillo J, Blanco Lescano V. Afrontamiento y vulnerabilidad al estrés en familiares de pacientes con conductas adictivas. Rev Ciencias [Internet]. 2008 [citado 28 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAAupFAVlzubJyeQE.php>
13. Serrano Patten AC, Rodríguez Cárdenas N, Louro Bernal I. Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 16 Sept 2012]; 37(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200006
14. González Menéndez R. Conferencia magistral en Universidad Central de las Villas. Uso no social del alcohol, abril 2011. Santa Clara: UCLV; 2011.
15. González Menéndez R. Visión humanística. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
16. Díaz R, Serrano L. ¿Alcohol en la familia?: una guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo [Internet]. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL; 2001. [citado 16 Sept 2010]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/alcohol_familia.pdf

Recibido: 6-9-2015

Aprobado: 3-12-2015

Niurka Mendoza Cabrera. Policlínico "Capitán Roberto Fleites". Desvío de Malezas e/ 7ma y Línea, Santa Catalina. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50100 Teléfono: (53)(42)205766

ANEXO. Guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico

1. ¿Qué es el alcoholismo? ¿Es realmente una enfermedad?

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, es una droga, o sea, una sustancia natural o artificial que tiene acción sobre las funciones psíquicas del individuo que se hace cada vez más necesaria y para lograr el mismo resultado se requiere cada vez una dosis mayor; cuando se consume en forma inadecuada, excesiva o prolongada determina muy graves complicaciones tanto en los aspectos biológico y psicológico como en lo social y espiritual que origina modificaciones en el comportamiento y la personalidad del individuo. Las drogadicciones, además de adelantar en 20 años la muerte física, matan moralmente cada vez que se produce el consumo y la muerte moral; en unas personas es más dolorosa aún para el adicto y sus allegados.

Por tanto, se define al alcoholismo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un trastorno de conducta crónico, manifestado por ingestas repetidas de alcohol excesivas respecto a normas dietéticas y sociales de la comunidad que interfieren en la salud del bebedor y en su funcionamiento social, emocional y espiritual. El alcoholismo no es un vicio, es una enfermedad crónica progresiva y a menudo mortal y se considera también una enfermedad familiar por la repercusión negativa que representa para el núcleo familiar.

2. ¿Por qué vías o caminos se llega al alcoholismo?

- a) **Vía socio cultural:** está relacionada con la influencia o la presión de los grupos con los que se vincula el individuo y también con las costumbres, las tradiciones de cada país, las modas y los factores ocupacionales.
- b) **Vía evasiva:** es la más conocida y popularmente referida a "ahogar las penas"; consume con la pretensión de olvidar divorcio, desempleo, conflicto escolar, laboral, etc.
- c) **Vía hedónica:** tiene como objetivo la persecución constante del placer sin ningún otro motivo en la vida. Se ve en personas con problemas de personalidad disocial y en familias con alto nivel económico y bajas responsabilidades.
- d) **Vía asertiva:** se utiliza en individuos para aumentar su seguridad personal y se ve en personas tímidas para poder desinhibirse y lograr asertividad.
- e) **Vía sintomática:** existe una enfermedad psíquica o corporal permanente y se quieren atenuar los síntomas. Son los casos de doble diagnóstico en los que la enfermedad previa desempeña un papel fundamental. Ejemplo: esquizofrénicos, pacientes con cáncer, depresiones.
- f) **Vía constitucional:** lo constitucional (hereditario, genético) por sí solo no aporta para desarrollar un alcoholismo, solo aporta el factor de vulnerabilidad; tienen que estar presentes factores medioambientales que determinen el uso reiterado de la sustancia.

3. Mi papá y mi mamá padecen por el alcoholismo, ¿puedo yo heredar esta enfermedad?

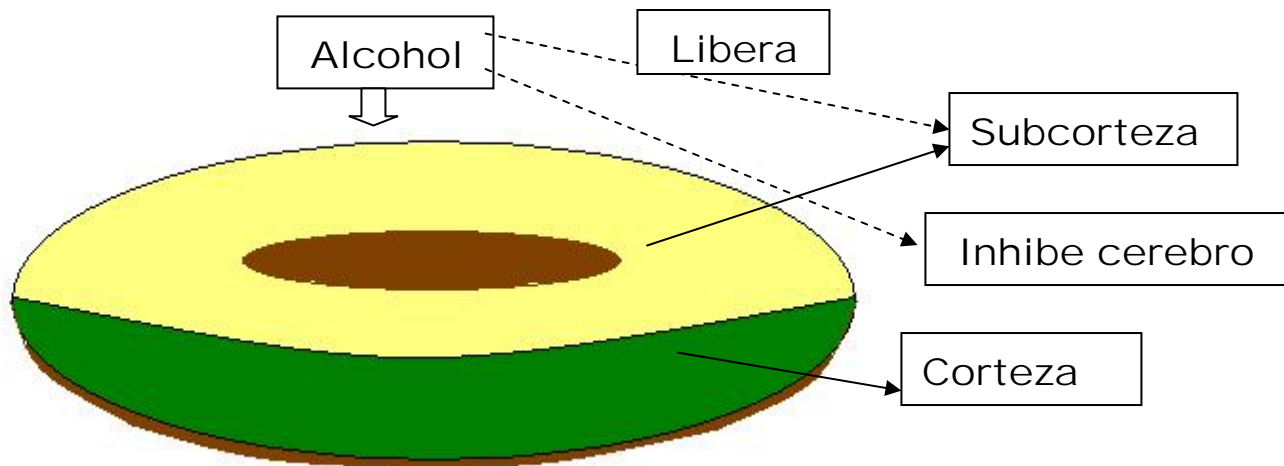
Estudios prestigiosos a nivel internacional han demostrado que un 50% de los pacientes alcohólicos son hijos de padres alcohólicos, incluso se han comparado con los de hijos adoptivos que no han mostrado la enfermedad; no obstante, este factor hereditario aporta un riesgo de vulnerabilidad que solo se presenta la enfermedad si el consumo se hace reiterado y excesivo.

4. ¿Es el alcoholismo solo de los hombres, del débil moral o del sinvergüenza?

Desafortunadamente el alcoholismo no respeta edad, sexo, ocupación, color de piel, nacionalidad, clase o cultura de procedencia, ideología, fe religiosa o estado civil, todos pueden enfermar independientemente de estos factores. El alcoholismo no tiene rostro.

5. ¿Por qué bajo la influencia del alcohol se cometen muchas violaciones, actos violentos, crímenes y otras conductas muy socialmente reprochables?

Para entender esta pregunta se representa al cerebro, aunque en forma sencilla, como un aguacate.



Mecanismos de acción del alcohol

- Corteza: radican los centros nerviosos responsables del comportamiento más fino y desarrollado, el que modula la conducta y la personalidad y hace actuar como se es en la vida cotidiana, este es el comportamiento científicamente denominado como comportamiento cognitivo-volitivo o racional e identifica a los valores, la educación, los conocimientos y las capacidades de las personas.
- Subcorteza: zona donde hay estructuras nerviosas rudimentarias y antiguas que existen en otras especies animales muy inferiores a la humana.

Los humanos poseen una subcorteza que en condiciones normales es controlada, regulada o frenada por la corteza cerebral.

Pero cuando actúan drogas (alcohol) que afecten la conducta y la personalidad su efecto neutraliza, de forma temporal, la actividad reguladora de la corteza sobre el comportamiento, o sea, se libera y gobierna la subcorteza, que toma el mando, lo que explica muchos hechos de violencia y comportamientos sexuales rotundamente rechazables bajo el efecto de las drogas (alcohol).

- Recuerde: cuando alguien se embriaga retrocede 15 millones de años en el desarrollo de las especies y vuelve a ser una bestia.

6. ¿Conoces los mitos o las apreciaciones falsas alrededor del alcohol?

- a) Es comentado mucho por la población que **mejora la actividad sexual**. Es falso, porque el alcohol es un inhibidor o depresor del sistema nervioso central y la médula espinal, lugar donde se encuentra el centro de eyaculación, por lo tanto precipita la disfunción sexual en el hombre y la mujer.
- b) **Sirve para enfrentar el frío**: también es falso, el verdadero efecto del alcohol es producir dilatación de los vasos sanguíneos de la piel y de esta forma el cuerpo se comporta como un radiador de automóvil, produce la pérdida de temperatura corporal al poner en contacto el calor de la sangre con el frío que actúa sobre la piel.
- c) **El alcohol es un alimento**: los especialistas en nutrición afirman que es un antialimento porque solo aporta calorías vacías que no pueden utilizarse por el organismo, tiene acción irritante sobre el estómago y el intestino y dificulta la absorción de los alimentos. Por esta razón es común que los alcohólicos dejen de alimentarse.

- d) **El alcohol es bueno para combatir la hipertensión y el infarto del miocardio:** el alcohol tiene acción directa sobre una glándula, la suprarrenal, que determina la producción de cortisona, una sustancia que eleva notablemente la tensión arterial y la aparición de hipertensión e infarto, así como de accidentes vasculares encefálicos (embolias), es seis veces mayor en los que abusan del alcohol que en quienes no lo hacen.
- e) **El alcohol es un estimulante:** el alcohol pertenece al grupo de los anestésicos y sedantes, sus efectos son inhibidores o depresores hasta el punto de que su consumo en grandes cantidades o excesivos puede llevar al coma y a la muerte. En muchos países el 30% de los alcohólicos terminan su vida por medio del suicidio.
- f) **Solo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter o carentes de moral:** este es el más grande disparate de todos los valorados pues uno de los aspectos más dolorosos del alcoholismo es que afecta a todos por igual, los que por alguna razón consuman bebidas alcohólicas habitualmente. Por esta causa se explica su alta frecuencia en trabajadores de licorerías, cervecerías y lugares de expendio como bares y clubes, con total independencia de su nivel escolar, socioeconómico, etc.

7. ¿Conoce usted cuáles son los comportamientos normales y los patológicos frente al alcohol y otras drogas?

- a) Comportamientos normales: - Abstinencia $\left\{ \begin{array}{l} \text{Histórico} \\ \text{Actual} \end{array} \right.$
- Consumidor social
- b) Comportamiento transicional: (de tránsito)
- Consumidor riesgo
- c) Comportamientos patológicos: (anormales)
- Consumidor dañino o perjudicial
- Dependencia alcohólica o alcoholismo crónico $\left\{ \begin{array}{l} \text{Complicada} \\ \text{No complicada} \\ \text{Deterioro alcohólico} \end{array} \right.$

A medida que se aumente el consumo del alcohol y con el decursar del tiempo una persona pasa de una etapa a otra progresivamente y los pacientes llegan al médico muchos años después de ser alcohólicos por el desconocimiento de esta enfermedad, tanto por el paciente como de su familia.

a) Comportamientos normales:

- El abstinentes histórico: es la ausencia total del consumo del alcohol durante toda la vida.
- Abstinentes actual: en los seis últimos meses se abstiene al consumo de alcohol.
- Consumidor social: califica el consumo ajustado a normas adecuadas de cantidad y frecuencia. Nunca se pasa del equivalente a un cuarto de botella de ron, dos veces por semana, ni presenta más de un estado de embriaguez ligero mensual, con euforia y discreto grado de incoordinación motora que hagan no recomendable la conducción de un vehículo.
- Según expertos en el tema como el Dr. Ricardo Glez, en El verdadero bebedor social:
 - El alcohol está fuera de su estilo de vida.
 - Preferentemente en las comidas o en ocasiones especiales.

- Siempre evita la embriaguez por conocer sus consecuencias familiares, laborales y comunitarias.

b) Comportamiento transicional:

- Consumidor riesgo: supera los indicadores de cantidad y frecuencia antes mencionados.

c) Comportamientos patológicos o anormales ante el alcohol:

- Consumidor dañino o perjudicial: se identifica por la presencia de efectos nocivos biológicos, psicológicos o sociales inherentes al consumo de alcohol que son reiterativos y relevantes.
- Dependencia alcohólica: se expresa por la pérdida de la libertad del consumidor hacia el tóxico que poco a poco lo esclaviza.

8. ¿Cuáles son los criterios operativos para identificar estos comportamientos anormales?

Como criterio general para evaluar estos comportamientos se tomará siempre en cuenta que este comportamiento sea consistente y que en cierta forma integre el estilo de vida de la persona evaluada.

Criterios operativos:

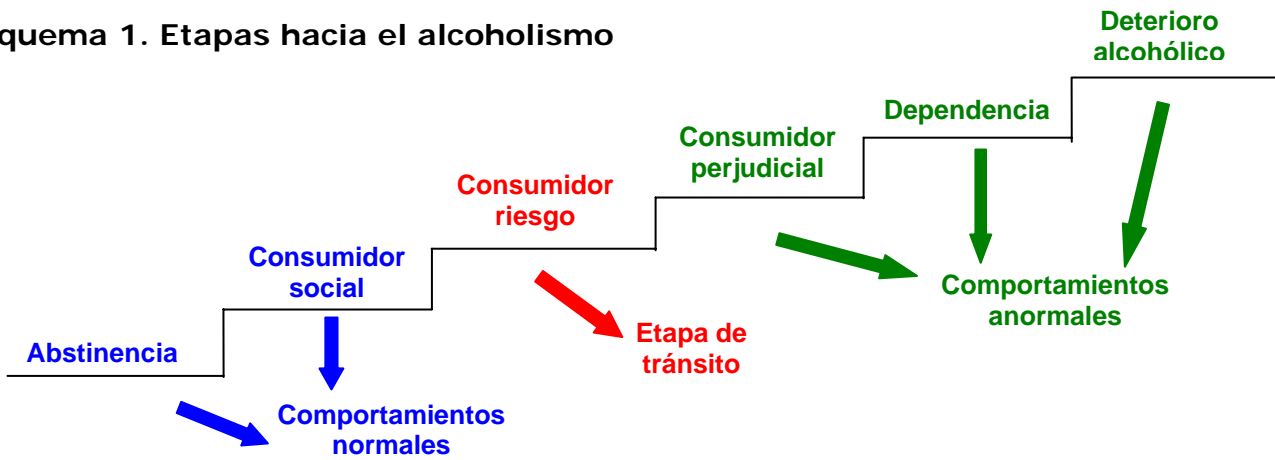
- 1°. **Criterio de cantidad y frecuencia:** se cumple cuando el sujeto consume tres o más veces a la semana el equivalente a un cuarto de botella de bebida fuerte (ron, coñac, vodka) o una botella de vino o cinco y media botellas de cerveza o cuando excede 12 estados de embriaguez ligera en el transcurso de un año.
- 2°. **Criterio de nocividad o tóxico:** se cumple cuando se establecen los efectos dañinos del alcohol tanto en el nivel biológico (gastritis, hepatitis, pancreatitis, polineuritis) como en el psicológico (depresión, ansiedad, culpabilidad, disforia) o en el social (pérdida de empleo, separaciones o divorcios o arrestos -estos últimos de forma reiterada-).
- 3°. **Criterio de esclavitud:** el sujeto pierde progresivamente su libertad de decidir ante el consumo de alcohol, es decir, si lo ingiere o no y en el caso de hacerlo, hasta cuándo y cuánto tomar.

En la práctica la **pérdida de la libertad** ante el alcohol se manifiesta en tres formas básicas:

- Pérdida de control: el sujeto no puede detenerse una vez que comienza el consumo.
 - Incapacidad de abstinencia: el sujeto no puede pasar más de dos días sin beber.
 - Necesidad cotidiana de alcohol: el sujeto necesita la ingestión del tóxico para desarrollar sus diferentes actividades y responsabilidades.
- 4°. **Criterio de etiquetado:** es de escasa utilidad pues expresa juicios de valor muy modificados por factores subjetivos, el equivalente es "el ponerle el cartelito" y tiene dos modalidades:
 - El aloetiquetado (el más frecuente que califica valoración de amigos y familiares sobre el patrón de consumo).
 - El autoetiquetado (menos frecuente pero de más valor por expresar crítica de estar enfermo, aspecto excepcional en las primeras etapas de la enfermedad).

La abstinencia y el consumidor social no cumplen ninguno de estos criterios y están ajustados a normas de cantidad y frecuencia, el consumidor riesgo cumple o excede el primer criterio de cantidad y frecuencia y los comportamientos anormales, es decir, el consumidor perjudicial y la dependencia alcohólica; el perjudicial cumple el primero, segundo y parte del cuarto criterio que es aloetiquetado y la dependencia alcohólica cumpliría los cuatro criterios antes mencionados.

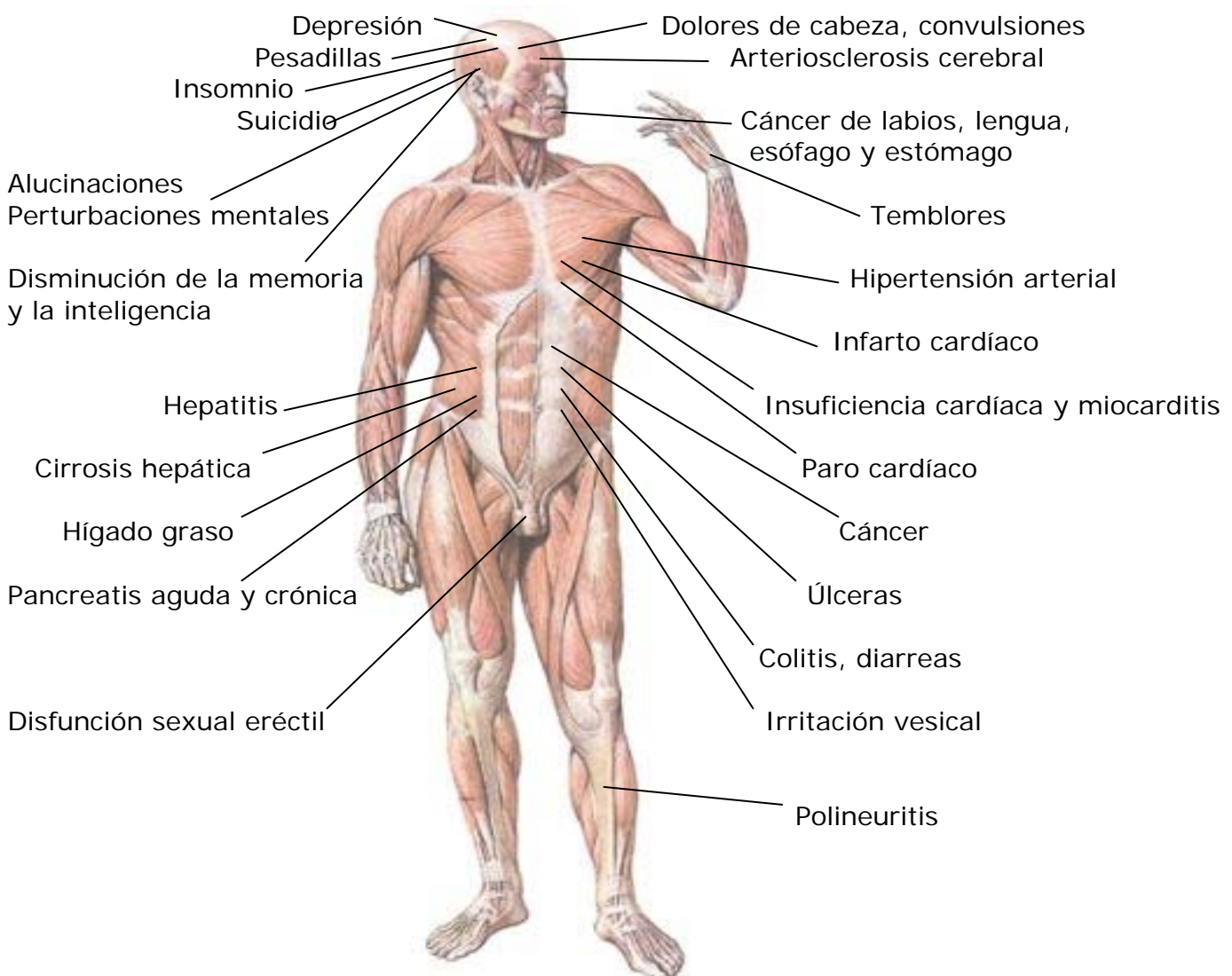
Esquema 1. Etapas hacia el alcoholismo



Una regla de oro

- "Una vez alcohólico, siempre alcohólico."
- Una vez establecido el comportamiento anormal, la meta será: { Abstinencia total y definitiva o muerte

9. ¿Cuáles son los efectos biológicos y psicológicos del alcohol sobre la salud?



10. Daños sociales del alcohol o conductas bajo influencia del alcohol:

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - Violencia | - Ausencia de involucración | - Ausentismo |
| - Violaciones | de espíritu de sacrificio y | - Vagancia |
| - Incesto | solidaridad | - Crueldad |
| - Accidentes | - Delitos económicos | - Indolencia |
| - Incendios | - Corrupción | - Traición |
| - Egoísmo | - Homicidios | - Insensibilidad humana |
| - Improductividad laboral | - Prisión | - Conductas delictivas y |
| | - Divorcios | antitéticas |

Todas las drogas que modifican en forma relevante la conducta, desde el alcohol en adelante, determinan bajo su efecto inmediato, mediano y también a largo plazo, cuando su consumo se mantiene por muchos años, comportamientos muy ajenos al humanismo, los valores y los principios que todos desean, por lo que su uso irresponsable implica una degradación moral aguda con posibilidades de cronificarse y transformar al mejor de los seres humanos en la peor de las bestias.

¿Qué complicaciones psicológicas origina el alcohol en la familia?

Recordar que: "La familia es el libro más logrado de cada persona, la obra más compleja, si se edifica sobre sólidas bases habrá menos posibilidades de que los numerosos huracanes que puedan venir la logren derribar."

- El alcoholismo es una enfermedad de contagio familiar.
- Se produce una dependencia que afecta de manera indirecta a las personas más próximas al dependiente. La vida del codependiente gira alrededor del adicto de una forma enfermiza y le genera sufrimiento.
- Algunos de los síntomas más significativos de los codependientes son el odio, la tristeza, el resentimiento, el miedo y las inseguridades.
- Es también la enfermedad de la negación por parte del propio paciente, pero el familiar también participa en esta negación.
- La familia alcohólica tiene abandono y poca atención para los hijos.
- Se manifiesta maltrato verbal y muchas veces físico en la familia.
- El padre alcohólico es inmaduro.
- Los hijos tienden a alejarse del padre alcohólico, rechazarlos cuando están en sociedad con sus amigos o sienten vergüenza.
- Las esposas de pacientes alcohólicos sufren de problemas emocionales y ansiedad marcada y desarrollan trastornos neuróticos.
- Los hijos tienen bajo rendimiento escolar, presentan problemas de conducta y dificultades en la adaptación social.
- En la familia se crean severas dificultades en la comunicación entre sus miembros.

Mensaje reflexivo:

"Andaba el hombre sucio, sin rasurar, con unas míseras chancletas en los pies y una botella al ristre que vaciaba y llenaba. Una madre llora y al igual que la botella en cada llenada, una esposa queda vacía. Al hombre le tiemblan las manos, ¿qué digo las manos?, le tiembla el alma, sufren sin decirlo, escondidos en sus juegos, dos chiquillos que no entienden nada..."

Algunos aspectos que deben considerarse en las relaciones familiares de los pacientes alcohólicos:

- **La hostilidad:** las relaciones familiares en el medio hogareño se tornan hostiles. Cuando una madre, un hijo o una esposa se hostilizan por lo reiterado del consumo esto es sinónimo de lo importante que es la persona que día a día pierden: la hostilidad generada es tanto mayor cuanto más profundo es el cariño por quien presenta la adicción.

- **Los engaños:** es necesario hacerle ver a la familia que estas son expresiones interpersonales de los autoengaños sufridos por el paciente durante mucho tiempo y estos a su vez dañan la confiabilidad familiar.
Los frecuentes hurtos hogareños y otros de mayor relevancia social no son expresiones de mala calidad humana, sino consecuencias de la esclavitud al tóxico demandante de dosis mayores cada vez con la consecuente necesidad de dinero para solventarlas.
- **Desconfianza familiar:** en las primeras etapas de la rehabilitación el paciente alcohólico se siente dolido por las expresiones de desconfianza familiar ante la abstinencia. Es prácticamente imposible aspirar que en tan breve lapso de tiempo puedan borrarse las terribles huellas dejadas por la drogadicción. Esta es una de las deudas que debe pagar el paciente con su familia durante la pesadilla de las drogas.
- **No pidas peras al olmo:** Uno de los más graves errores que puede cometer la familia y muchas veces determinante de serias complicaciones es la crítica o el engaño cuando el paciente está bajo la influencia del tóxico.
La regla indicada será esperar a que pase la embriaguez para llevar a la reflexión, pues la aspiración de que alguien con la conciencia afectada pueda darse cuenta de sus actos sería como pedir peras al olmo y el más frecuente resultado de esa gestión en mal momento es la disputa y a veces la violencia.
- **Principio de Pigmalión:** es un principio importante cuando se quiere lograr una conducta positiva en el caso del alcoholismo; resaltar los valores, la conducta positiva y las acciones más que criticar o regañar las acciones negativas. Se dice entonces que se cumplió el principio de Pigmalión: ¡ante la duda, siempre confiar!, pues hace mucho más daño desconfiar injustamente que confiar ante el posible engaño.
- **La decepción:** cuando bajo los reiterados consumos de alcohol y sus frecuentes consecuencias se desvalora la figura querida ante los ojos de los hijos, la esposa, la madre, etc., la situación se hace decepcionante y tiene un alto precio para la armonía familiar.

11. ¿Cómo funciona el alcohol en casa?

Las familias que tienen un problema de alcoholismo en casa advierten, de una manera u otra, que algo sucede. El alcoholismo altera su organización, sus costumbres, sus actividades cotidianas y sus relaciones afectivas dando lugar a una serie de síntomas típicos:

- a) Desconcierto y confusión ante el problema. Nadie sabe cómo actuar y en ocasiones se justifica o se disculpa la conducta de la persona ante los demás; es el mecanismo de la negación.
- b) Gran tensión y estrés en todos los miembros de la familia. Temor. Conflictos importantes, discusiones y agresividad.
- c) Alteración de las normas, las conductas y los valores familiares.
- d) Incumplimiento de las promesas. Reacciones de enfado y resentimiento, desconfianza y frustraciones.
- e) Sentimientos de culpabilidad y reproches mutuos.
- f) Poco apoyo emocional y problemas de incomunicación dentro de la familia.
- g) No se puede hablar del "secreto de la familia" ni pedir ayuda, ni dentro ni fuera de casa, por miedo y vergüenza (deficiente comunicación).
- h) Expertos en el tratamiento de los problemas de alcohol en la familia consideran que convivir con el alcoholismo sería algo parecido a soportar la presencia de un enorme y molesto "elefante en el salón" del que no puedes hablar con nadie.

Mensaje reflexivo:

La familia unida por la semejanza de las almas es más sólida y es más querida que la familia unida por las comunidades de la sangre.

12. Comunicación familiar: ¿Qué se puede o no se puede hacer para comunicarnos bien?

- La comunicación es como el aceite para el motor de un automóvil, si no hay buena comunicación las piezas no pueden engranar y el automóvil no funciona.
- La familia alcohólica se caracteriza por la incapacidad para resolver conflictos, la rigidez extrema, la falta de intimidad, la nula comunicación y la presencia de un continuo estado de estrés.
- La comunicación cumple varias funciones, gracias a ella se transmite información, se intenta influir en los otros y se expresa el afecto a través de múltiples mensajes.
- La comunicación permite superar el aislamiento y la soledad.
- El contacto físico, las caricias, la mirada y la risa constituyen los primeros mensajes comunicativos, también el silencio es comunicación e indica que no se quiere hablar o que se está disgustado.
- Los mensajes deben ser emitidos de forma clara para que sean bien recepcionados.
- No se pueden leer los pensamientos, ni saber lo que otra persona siente si no se comunican con honestidad.
- Es muy importante saber escuchar como tan importante es saber expresarse.
- Constituye un obstáculo importante en la comunicación que antes de escuchar ya se piense en qué vamos a responder.
- Para una comunicación efectiva hay que expresar el mensaje con claridad, escuchar con atención, verificar lo que se ha escuchado y reflexionar y expresar el mensaje propio.
- El aspecto emocional del mensaje constituye un factor importante en la comunicación.
- La comunicación es una de las habilidades básicas para que las relaciones funcionen adecuadamente e incluye dos habilidades básicas: saber escuchar y saber comunicar.

Algunas reglas para una adecuada intercomunicación:

- Aclara que tu posición es tomar decisiones, aunque sea favorable a los dos, pero que deseas llegar a un acuerdo.
- Habla de un solo tema a la vez y no ir al tema de "sacar trapo sucio".
- Evitar criticar, juzgar o imponer.
- Evitar mensajes tipo "tú nunca" y "tú siempre", estos mensajes encierran valoración injusta.
- Escuchar los juicios de la otra persona y no leerle el pensamiento usando prejuicios y preconceptos.

13. La sabiduría popular sugiere ¿qué se debe conocer al abordar el tema del alcoholismo?:

- ¿Una vez alcohólico se es alcohólico para toda la vida?
- El alcoholismo no se cura, se rehabilita.
- Alcohólicos Anónimo (AA) expone alergia del cuerpo u obsesión de la mente.
- Porque el alcohólico es incapaz de detenerse una vez iniciado el consumo.

¿Qué mecanismos explican estas consideraciones?

Todas estas interrogantes son el resultado de mecanismos o fenómenos fisiopatológicos como: Memoria o huella celular, que no es más que el "cuño permanente" del alcoholismo en cada una de las cien mil millones de células con que cuenta el organismo y esa información llegará, en forma indeleble, a las células mediante cambios en su información genética.

El otro fenómeno es el que explica el deseo imperioso o el ansia por consumir la droga y se refiere por los pacientes como una sensación de vacío gástrico y cardiovascular o intranquilidad desencadenado por algún factor ambiental que actúa como "disparador" del

deseo de consumir que puede ser un encuentro personal o la llamada de un amigo de consumo, etc.

Estos dos mecanismos explican por qué tu familiar consume y no puede parar por sí mismo, no es sinvergüencería y porque él quiere tomar, sino que no puede, porque sus tejidos lo necesitan día a día para funcionar y es capaz de hacer todo para satisfacer estas necesidades de su organismo.

14. ¿Cómo pedir ayuda profesional?



Niveles de Atención del Alcoholismo en Cuba

- **Urgencias:** se cumple en el Policlínico Comunitario de Urgencias (PCU), la Unidad de intervención en crisis (UIC) y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- **Nivel de Atención Primario:** garantizado por el Médico de la Familia, el personal del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) y los Especialistas en salud mental comunitaria municipales (ESM).
- **Nivel de Atención Secundario:** incluye la hospitalización parcial (hospitales de día o de noche) y los servicios psiquiátricos en hospitales clínicos quirúrgicos y generales.
- **Nivel de Atención Terciario:** representado por los dispensarios y los servicios hospitalarios especializados en alcoholismos y otras adicciones.

Todas las instancias del sistema de salud y especialidades médicas garantizan la orientación adecuada y apoyo a pacientes y familiares.

- En el año 2003 el Ministerio de Salud Pública cubano creó el Grupo Operativo de Salud Mental para el alcoholismo y otras adicciones (GOSMA) para dar atención especializada a este fenómeno y como parte del Programa Nacional Antidrogas existente en el país conducido por la Comisión Nacional de Droga.
- Los Centros Comunitarios de Salud Mental son dirigidos por el GOSMA Provincial y Nacional, existen 195 en todo el país y están constituidos por un formidable equipo multidisciplinario de Especialistas en Psiquiatría, en Psicología, en Toxicología, en Defectología y en Enfermería y Trabajadores Sociales para ayudar a las personas con algún problema de droga a estos niveles.
 - a) Existen en Cuba Grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) que sesionan en las comunidades y que basados en los principios éticos, morales y religiosos mantienen en abstinencia al alcohol con muy buenos resultados; constituye también una opción para tu familia.
 - b) También fue creada en el país una Línea Confidencial Antidrogas Nacional (103) que recibe ayuda anónima de orientación y consejería referente a cualquier aspecto relacionado con las drogas y que mantiene el servicio durante 24 horas.
 - c) En los casos que se trate de un adolescente con problemas de drogas se remite al Centro Nacional de Deshabitación del adolescente creado en 2003 en Ciudad de La Habana, previa atención en los centros comunitarios de salud mental de su área de atención comunitaria.