

**PROCESO DE AFECTACIÓN EN LOS ROLES FAMILIARES CON UNO DE SUS
MIEMBROS ALCOHÓLICO EN PROCESO DE REHABILITACIÓN EN TRES
ESTUDIOS DE CASO EN LA CIUDAD DE POPAYÁN**



**FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN**
35 ANIVERSARIO

KELLY JOHANA PRADA MAJIN

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
TRABAJO DE GRADO
POPAYÁN
2019**

**PROCESO DE AFECTACIÓN EN LOS ROLES FAMILIARES CON UNO DE SUS
MIEMBROS ALCOHÓLICO EN PROCESO DE REHABILITACIÓN EN TRES
ESTUDIOS DE CASO EN LA CIUDAD DE POPAYÁN**

KELLY JOHANA PRADA MAJIN

**Trabajo de grado para optar el título de:
TRABAJADORA SOCIAL**

**Directora de trabajo de grado:
MARIA CRISTINA DURÁN**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE POPAYÁN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
TRABAJO DE GRADO
POPAYÁN
2019**



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado “**Proceso de afectación en los roles familiares con uno de sus miembros alcohólico en proceso de rehabilitación en tres estudios de caso en la ciudad de Popayán**”, presentado por la estudiante Kelly Johana Prada Majin, una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.

Firma Presidente de Jurado
Julio Enrique Ocampo Castro

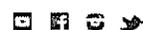
Firma del Jurado
Iván Andrés Gutiérrez Falla



Sedes administrativas: Claustro San José Calle 5 No. 8-58 - Los Robles Km 8 vía al sur
Sede Norte del Cauca: Calle 4 No. 10-50 Santander de Quilichao

Popayán, Cauca, Colombia

PBX (57-2) 8320225 | www.fup.edu.co | Fundación Universitaria de Popayán



Contenido	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO REFERENCIAL.....	7
2.1 Alcohólicos Anónimos	9
2.2 Al-Anon.....	14
3. ANTECEDENTES	18
4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	31
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
5. JUSTIFICACIÓN	33
6. OBJETIVOS	36
Objetivo general	36
Objetivos específicos.....	36
7. MARCO TEÓRICO.....	37
7.1 Alcoholismo	37
7.2 Familia.....	40
7.3 Características de la familia alcohólica	44
7.4 Roles disfuncionales de la familia alcohólica:.....	47
7.5 Sentimientos ante el alcoholismo	49
7.6 Mecanismos de afrontamiento de la familia del alcohólico.....	52
7.6 Afrontamiento de los conyugues ante el alcoholismo	54
7.7 Terapia Sistémica.	55
8. MARCO CONCEPTUAL	59
8.1 Roles familiares	59
8.2 Estudio de caso.....	61
9. MARCO LEGAL	64
9.1 Legislación consumo y prevención de sustancias psicoactivas.	64
9.2 Sentencia T-1325/01.....	66
9.3 Referencia: expediente T-464034.....	67
10. METODOLOGÍA	82

10.1 Método.....	82
10.2 Observación participante.....	82
10.3 Método cualitativo.....	83
10.4 Entrevista estructurada	83
10.5 Muestra.....	84
11. RESULTADOS	85
11.1 ENTREVISTA # 1 FAMILIAR DEL PACIENTE ALCOHÓLICO- MARÍA.....	85
11.2 ENTREVISTA # 2 FAMILIAR DEL PACIENTE ALCOHÓLICO-MARITA.....	96
11.3 ENTREVISTA #3 FAMILIAR DEL PACIENTE ALCOHÓLICO- IMELDA	102
12. ANÁLISIS DE RESULTADOS	108
13. CONCLUSIONES.....	125
14. RECOMENDACIONES.....	127
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXOS	132
Anexo 1: Modelo de entrevista estructurada para la familia del paciente alcohólico.....	132

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado se centra principalmente en analizar la manera en que se puede afectar el núcleo familiar con un miembro alcohólico dentro de la misma, de modo que esta adicción trae como consecuencia una grave afectación en la interacción familiar generando un ambiente de disfuncionalidad y alterando los roles propios de cada miembro familiar.

Por consiguiente, la parte psicosocial es un tema de gran importancia de tal modo que afecta una de las principales bases de una sociedad como lo es la familia, por lo cual en estas familias se puede ver claramente reflejados problemas emocionales en sus miembros como una de las tantas consecuencias de tener en casa un paciente alcohólico. Este prototipo de pacientes conduce a la familia a una situación de abandono, a situaciones donde las diferentes tipologías de violencia se hacen preponderantes hacia los miembros más cercanos.

A su vez en este caso los más afectados son los hijos y el conyugue generando en muchas ocasiones una serie de sentimientos como: ansiedad, depresión, violencia, vergüenza, tristeza y melancolía, agresividad, rechazo, resentimiento, odio, aceptación, violencia psicológica entre otros, relacionados estrechamente con las condiciones de una familia con un paciente enfermo de alcoholismo.

De tal modo que las afectaciones que deben sufrir a diario este tipo de familias deben ser tomadas más en cuenta dentro del apoyo psicoterapéutico para que puedan superar todas las problemáticas ocasionadas por el alcoholismo, puesto que estas familias y sus miembros son parte fundamental de la sociedad y sus afectaciones no dejan de afectar el entorno social que les rodea.

Es importante además de identificar claramente el padecimiento de estas familias, que tomen conciencia del problema al que están expuestos para que sea mucho más fácil superar dicha situación, que puede llevar a la destrucción definitiva del núcleo familiar, dado que el alcoholismo en la familia lo único que produce es que las necesidades afectivas estén cada vez más insatisfechas generando sentimientos de dolor.

La aplicación de la Intervención se abordó con una metodología que se compone de dos momentos básicos: el primero se refiere al estudio de las fuentes analíticas y teóricas de las cuales se nutre gran parte de la investigación. El segundo lo constituye el análisis mediante la observación participante, entrevista estructurada y estudio de caso.

Por consiguiente, para llevar a cabo los objetivos propuestos la investigación parte del enfoque cualitativo de investigación el cual se utiliza para el análisis de datos y confiabilidad de los resultados obtenidos mediante el proceso investigativo en el cual se utilizan varios métodos y fuentes para investigar un solo problema.

De igual forma se utiliza principalmente como instrumentos la entrevista y la observación participante para la recolección de datos y a su vez ajusta el análisis en la forma en que se describen los fenómenos observados,¹ es decir, para analizar la muestra, la cual se ejecutó con una población finita y accesible de 3 hogares en la ciudad de Popayán.

El Trabajo Social tiene un papel sumamente importante tanto en el paciente alcohólico como en la familia, de tal modo que interviene con el fin de que la familia sea parte del proceso de rehabilitación, por lo cual la familia tiende a

¹GUTIÉRREZ, H. C. 2011., pp. 117-118. Los elementos de la investigación como reconocerlos, diseñarlos y construirlos 1 ed. Magisterio.

volverse co-dependiente de la enfermedad de su familiar generando diferentes tipos de afectaciones y sentimientos en cada miembro.

A su vez no todos los familiares reaccionan de la misma forma, mientras que unos se vuelven cómplices de esta enfermedad, muchos otros sienten vergüenza y rechazo ante sus familiares generando así una exclusión social y por ende el profesional entra a intervenir y cambiar dicha realidad; de igual forma la terapia psicosocial opera en estos casos como una alternativa que puede ayudar a superar las dificultades generadas por el alcoholismo en la familia teniendo en cuenta los antecedentes familiares y el contexto que rodea a la persona enferma.

Finalmente, para el desarrollo de esta investigación se utilizó el modelo estructural o sistémico el cual estudia al individuo y su contexto social constituido por técnicas y teorías que se basan en el estudio del individuo, de tal modo que la terapia trata de explicar y organizar la estructura actual de cada familia, así mismo se centra en el funcionamiento y organización de la misma e intenta organizar la estructura cuando hay cambios en ella.

De igual forma la teoría sistémica ve a la familia como un sistema abierto que interacciona con los distintos subsistemas que la componen y con su entorno, además de pasar por distintas etapas.²

La terapia sistémica familiar es una herramienta indispensable para el tratamiento rehabilitatorio del paciente alcohólico, a fin de lograr la reintegración a la familia y sociedad en general, a su vez es un apoyo claro para la familia dentro del sistema familiar, establece métodos de comunicación más directos que permita a los miembros aprender a expresar las emociones y sentimientos que han sido incapaces de manejar en estado de sobriedad.

² Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

2. MARCO REFERENCIAL.

Esta Investigación se llevará a cabo en el Municipio de Popayán, Departamento del Cauca, con una muestra finita y accesible de tres estudios de caso, en lo cual se entrevista a 3 personas alcohólicas y 3 familiares conyugues de los mismos, en 3 hogares de la ciudad.

Popayán es un municipio colombiano, capital del departamento del Cauca. Se encuentra localizado en el valle de Pubenza, entre la Cordillera Occidental y Central al suroccidente del país. Tiene 474.991 habitantes, según las cifras presentadas por el DANE en el censo del 2005, y la composición etnográfica de la ciudad es de blancos, mestizos, afrocolombianos e indígenas, de igual forma la distribución de la población cuenta con el 91,3% en la zona urbana y el 8.6% están en la parte rural.³

Es una de las ciudades más antiguas y mejor conservadas de América, lo que se ve reflejado en su arquitectura y tradiciones religiosas, reconocida por su arquitectura colonial y el cuidado de las fachadas que hacen parte de uno de los pocos sectores históricos del país.⁴

Como capital departamental, alberga las sedes de El Palacio de la Gobernación del Cauca, la Asamblea Departamental, el Tribunal Superior del Distrito Judicial, la Fiscalía General de La Nación, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Procuraduría Departamental, Procuraduría Regional, Dirección de

³ DANE, D. A. (2005). *Sistema de Consulta Información Censal*. Obtenido de Censo Ampliado: <http://systema59.dane.gov.co/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CG2005A&MPLIADO&MAIN=WebServerMain.inl>

⁴ Virtual, P. (2019). *Periódico Virtual*. Obtenido de <https://periodicovirtual.com/por-la-proteccion-del-sector-historico-de-popayan/>

Impuestos y Aduanas Nacionales, Edificio de la Lotería del Cauca y en general sedes de instituciones de los organismos del Estado.

Su extensión territorial es de 512 km², su altitud media es de 1737 metros sobre el nivel del mar, su temperatura promedio es de 18 a 19 °C durante todo el año y tendiendo a temperatura máxima de 29 °C y una temperatura mínima de 10°C en el mes de julio, agosto y septiembre.⁵

Oferta cultural:

Se celebra el Congreso Nacional Gastronómico de Popayán. Esta fiesta de la gastronomía, determinó la distinción por parte de la Unesco, de Ciudad Gastronómica de la Humanidad siendo Popayán el único lugar de Latinoamérica con esta distinción.

Las procesiones de Semana Santa de Popayán fueron inscritas en la lista representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad por la Unesco en septiembre de 2009.⁶

Transporte:

La ciudad cuenta con un sistema de transporte colectivo urbano y taxis los cuales hacen uso del taxímetro. Actualmente la ciudad se encuentra en el programa de ciudades amables, por lo cual se implementa el sistema estratégico de transporte de pasajeros de Popayán SETP.

Universidades:

La ciudad tiene una marcada vocación universitaria. Cuenta con múltiples universidades, entre ellas están: Universidad del Cauca, Universidad Antonio

⁵ Express, V. (s.f.). *VelezExpress*. Obtenido de <https://www.velezexpress.com/contactanos/>

⁶ *Ibíd.*

Nariño, Universidad del Tolima, Universidad Cooperativa de Colombia, Fundación Universitaria María Cano, Institución Universitaria Colegio Mayor del Cauca, Corporación Universitaria ComfacaUCA, Fundación Universitaria de Popayán, Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Corporación Universitaria Remington, Escuela Superior de Administración Pública, Instel-Universidad de la Voz, UNAD-Universidad Nacional a Distancia, UAI-Universidad Autónoma Indígena Intercultural.⁷

2.1 Alcohólicos Anónimos

Así fue como nació Alcohólicos Anónimos (A.A): Bill W cofundador de Alcohólicos Anónimos, es quien inicio el nacimiento de esta Sociedad, la cual data del primer día de su sobriedad permanente: el 10 de julio de 1935 hasta 1950, año en que falleció el reconocido doctor Bob, llevo el mensaje a más de 5000 hombres y mujeres alcohólicos, y presto a todo ellos sus servicios sin pensar en cobrar. En este prodigioso proceso contó con la eficaz ayuda de la Hermana Ignacia, en el Hospital Santo Tomás de Akron y ella fue una de las mejores amigas que jamás podrá tener su Comunidad debido a su gran servicio filantrópico.⁸

A.A es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse de alcoholismo.

Por consiguiente, cuentan con un único requisito para ser miembros de su comunidad y es tener el deseo de dejar la bebida, a su vez para ser miembro de A.A no se pagan honorarios, ni cuotas y en lo cual se mantienen con sus propias contribuciones.

⁷Plan de ordenamiento territorial, P. d. (s.f.). Obtenido de <http://www.popayan.gov.co/ciudadanos/la-alcaldia/planeacion-gestion-y-control/plan-de-ordenamiento-territorial-pot>. 95p.

⁸Anónimo. (2008). Alcoholics Anonymous world services, INC. New York.

A.A no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se supone a ninguna causa.

Su objetivo principal es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.⁹

Los doce pasos de A.A

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar solos el alcohol, y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de ÉL.
4. Sin temor, hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño, o perjudicado a un tercero.

⁹Anónimo, El Mensaje. 2018, 1p.

10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento de Él, y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Las doce tradiciones de A.A

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a A.A, considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de A.A debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.

8. A.A nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.

9. A.A como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

10. A.A no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.

12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Los doce conceptos de A.A.

1. La responsabilidad final y la autoridad fundamental de los servicios mundiales de A.A residir deben siempre en la conciencia colectiva de toda nuestra Comunidad.

2. La Conferencia de Servicios Generales de A.A se ha convertido, en casi todos los aspectos, en la voz activa y la conciencia efectiva de toda nuestra Comunidad en sus asuntos mundiales.

3. Para asegurar su dirección eficaz, debemos dotar a cada elemento de A.A – la Conferencia, la Junta de Servicios Generales, y sus distintas corporaciones de servicio, personal directivo, comités y ejecutivos – de un “Derecho de Decisión” tradicional.

4. Nosotros debemos mantener, a todos los niveles de responsabilidad, un “Derecho de Participación” tradicional, ocupándonos de que a cada clasificación o grupo de nuestros servidores mundiales les sea permitida una representación

con voto, en proporción razonable a la responsabilidad que cada uno tenga que desempeñar.

5. En toda nuestra estructura de servicio mundial, un “Derecho de Apelación” tradicional debe prevalecer, asegurándonos así que se escuche la opinión de la minoría, y que las peticiones de rectificación de los agravios personales serán consideradas cuidadosamente.

6. La Conferencia reconoce también que la principal iniciativa y la responsabilidad activa en la mayoría de estos asuntos, debe ser ejercida en primer lugar por los miembros custodios de la Conferencia, cuando ellos actúan como la Junta de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

7. La Carta Constitutiva y los Estatutos son instrumentos legales, y los custodios están, por consiguiente, totalmente autorizados para administrar y dirigir todos los asuntos de servicios. La Carta de la Conferencia en sí misma no es un instrumento legal, se apoya en la fuerza de la tradición y en las finanzas de A.A para su eficacia.

8. Los Custodios son los principales planificadores y administradores de los grandes asuntos de política y finanzas globales. Con respecto a nuestros servicios constantemente activos e incorporados separadamente, los Custodios, como síndicos fiscales, ejercen una función de supervisión administrativa, por medio de su facultad de elegir a todos los directores de estas entidades.

9. Buenos directores de servicio en todos los niveles son indispensables para nuestro funcionamiento y seguridad en el futuro. La dirección básica del servicio mundial que una vez ejercieron los fundadores de Alcohólicos Anónimos, tiene necesariamente que ser asumida por los Custodios.

10. A cada responsabilidad de servicio, le debe corresponder una autoridad de servicio equivalente, y el alcance de tal autoridad debe estar siempre bien definido.

11. Los Custodios deben siempre contar con los mejores comités permanentes y con directores de las corporaciones de servicio, ejecutivos, personal de oficina y consejeros bien capacitados. La composición, cualidades, procedimientos de iniciación y derechos y obligaciones serán siempre asuntos de verdadero interés.

12. La Conferencia cumplirá con el espíritu de las Tradiciones de A.A., teniendo especial cuidado de que la Conferencia nunca se convierta en sede de peligrosa riqueza o poder; que fondos suficientes para su funcionamiento, más una reserva adecuada, sean su prudente principio financiero, que ninguno de los miembros de la Conferencia sea nunca colocado en una posición de autoridad desmedida sobre ninguno de los otros, que se llegue a todas las decisiones importantes por discusión, votación y, siempre que sea posible, por unanimidad substancial; que ninguna actuación de la Conferencia sea punitiva a personas, o una incitación a controversia pública; que la Conferencia nunca deba realizar ninguna acción de gobierno autoritaria, y que como la Sociedad de Alcohólicos Anónimos, a la cual sirve, la Conferencia en sí misma siempre permanezca democrática en pensamiento y en acción.¹⁰

2.2 Al-Anon

Los Grupos de Familia Al-Anon comenzaron a idearse entre los años 1935 y 1941, cuando Alcohólicos Anónimos comenzaba a dar sus primeros pasos. Los parientes de aquellos alcohólicos en recuperación se dieron cuenta de que para solucionar sus propios problemas, necesitaban aplicar los mismos principios de A.A. Y así, estos parientes comenzaron a organizar sus propias reuniones para compartir experiencias comunes.

¹⁰ Anónimo. (1962). Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

Hacia 1948, diversos grupos en Estados Unidos solicitaron a la Oficina de Servicios Generales de A.A. ser reconocidos por Grupos de Familia, pero A.A. había sido creada para un único propósito. Por tanto, no fue sino hasta 1951 cuando Lois W. y Ann B., dos esposas de miembros de A.A., decidieron crear una central que comunicara a esos Grupos de Familia que ya se estaban reuniendo y a otros más que estaban deseando llamarse como tales. Y así, se acordó adoptar el nombre de Grupos de Familia Al-Anon. Hacia 1955, estos grupos ya contaban con su propia estructura y literatura para trabajar en sus reuniones.

Posteriormente, como un brazo de Al-Anon, surgió en 1957 el primer grupo de Alateen, creado específicamente para hijos adolescentes de alcohólicos, con una problemática y una experiencia de vida común.

Hoy en día, existen alrededor de 24.000 grupos de Al-Anon y 2.300 grupos alrededor del mundo, los cuales brindan ayuda a familiares de alcohólicos.

Las reuniones de Al-Anon ofrecen la oportunidad de aprender de las experiencias de otras personas que han enfrentado problemas similares.

En cada reunión de Al-Anon, se puede escuchar a las personas y explicar cómo les ha ayudado Al-Anon. Ese es quizás el mejor lugar para empezar a enterarse de Al-Anon simplifica un problema complejo al sugerir el enfoque de «Un día a la vez», el cual lleva las cosas un paso a la vez, es decir que cada problema se debe solucionar uno por uno y todos a la vez, debido a que en las familias que se tiene un miembro de la familia alcohólico se tiende a tener muchos problemas y disfuncionalidad en la dinámica familiar.

Los miembros de Al-Anon llegan a comprender que la bebida excesiva es una enfermedad de la familia que afecta a cada uno de sus miembros. Al escuchar a todos los miembros de Al-Anon hablar en las reuniones de Al-Anon, se puede oír cómo ellos llegaron a comprender el papel que han desempeñado en esta

enfermedad de la familia. Esta comprensión los ha puesto en un mejor lugar para desempeñar un papel positivo en el futuro de la familia.

Algunas investigaciones muestran que cuando los bebedores problema ingresan a un programa de recuperación, las posibilidades de tener éxito aumentan cuando reciben apoyo por parte de miembros de la familia que se encuentran en un programa de recuperación de la familia tal como Al-Anon, de igual forma se debe entender que no es solo un problema del enfermo, sino que por el contrario se debe involucrar y rehabilitar toda la familia con el fin de tener nuevamente una familia sana.

Las situaciones personales pueden ser diferentes, pero compartimos como iguales en vista de lo que tenemos en común: sus vidas se han visto afectadas por la bebida de otra persona. Al-Anon es un grupo de apoyo mutuo.

Al-Anon es un grupo de apoyo mutuo. Se logra encontrar comprensión y apoyo cuando comparten sus propias experiencias comunes mutuamente. Algunos de ellos están en estos grupos porque su cónyuge o su pareja ha tenido problemas con el alcoholismo, como lo es en este trabajo de investigación, debido a que las esposas son quienes están en estos grupos debido al alcoholismo de su esposo y por lo cual es impredecible conocer un poco sobre esta comunidad.

Para otras personas, el bebedor problema es un padre, un hijo, o un nieto. A veces, un hermano, una hermana, o algún otro amigo o pariente los lleva a Al Anon. Muchos de sus miembros han tenido más de un miembro de la familia o un amigo alcohólico.

El alcoholismo tiene efectos similares en todas las personas, a pesar de que la relación con la persona alcohólica quizá sea diferente. A muchos recién llegados les interesa más escuchar acerca de las situaciones y de las relaciones que son similares a las de ellos. Sin embargo, con el tiempo se llega a entender que se

pueden beneficiar al escuchar sobre la forma en que los principios de Al-Anon funcionaron en muchas circunstancias diferentes.¹¹

De igual forma los doce pasos, las doce tradiciones y doce conceptos son exactamente los mismos que A.A en esta comunidad, es decir ellos optaron por acoger sus mismos conceptos para darle un mayor orden y organización a su comunidad.

¹¹Al-Anon Family Groups, I. (s.f.). Obtenido de <https://al-anon.org/newcomers/>

3. ANTECEDENTES

En primer lugar se tiene que en 2014 fue presentada en la universidad de Cuenca Ecuador, la tesis de grado, Alcoholismo en la Adolescencia, autoría de Mauricio Rafael Sumba Hidalgo¹², su investigación presenta un acercamiento teórico y de intervención a la enfermedad de carácter progresivo: el alcoholismo, que en el caso de los adolescentes, se está convirtiendo en un problema de importancia para la familia y sociedad en general.

La investigación sobre el alcoholismo en la adolescencia, es abordada en la modalidad de monografía, el alcoholismo en la adolescencia y el entorno familiar del alcohólico de modo que esta investigación es un referente importante por mencionar en sus componentes analíticos, trata el tema del alcoholismo como factor de conflicto familiar y social, a partir del cual se proponen terapia sistémica familiar que propenden a la rehabilitación del adolescente alcohólico, a fin de lograr la reintegración a la familia y sociedad en general.

A su vez se llegó a concluir que el alcoholismo es una realidad social de trascendencia específica en el núcleo familiar, ya que el consumo de alcohol está relacionado con todas las actividades cotidianas en nuestra comunidad y se ha vuelto una problemática acentuada en los adolescentes, en donde su prevalencia al consumo en la actualidad, es más temprana y con mayor frecuencia.

La adolescencia constituye la etapa de marcados cambios en el nivel bio-psico-social. Estos cambios ocasionan en los adolescentes mayor grado de descubrir realidades ajenas a sus anteriores etapas, entre ellas el enfrentamiento con el

¹²SUMBA Hidalgo Rafael Mauricio. El alcoholismo en la adolescencia. Monografía previa a la obtención del Título de Licenciado en Orientación Familiar. Cuenca Ecuador. 2014.en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19993/1/TESIS.pdf>

alcohol, que en primera instancia puede ser consumido por una manera de experimentación y a la larga convertirse en una dependencia por la sustancia.

Tanto La Organización Mundial de la Salud, como Alcohólicos Anónimos, consideran al alcoholismo como una enfermedad, que nada tiene que ver con la moral. Por lo tanto, si como enfermedad física, mental y espiritual, afecta al ser en su integridad, conviene tratarla como tal, en función de los riesgos que enfrenta la persona enferma alcohólica, en la convivencia diaria con su familia y la comunidad.

Alcohólicos Anónimos es un programa de ayuda de un miembro a otro y muchas veces puede ser voluntaria siempre y cuando el adolescente tenga el deseo de dejar de consumir. Por lo que los adolescentes que han estado involucrados en el alcoholismo, necesitan continuar con el apoyo de seguimiento que brinda A.A.

La familia es el principal factor desencadenante que puede, por una parte, ayudar a desarrollar la enfermedad en el adolescente, o por otra, coadyuvar a la recuperación conjunta. El apoyo familiar que se obtenga para ayudar al adolescente será fundamental, ya que en su seno reposa el adicto y será punto de partida para empezar con su abstinencia y cambio a la vida.

La psicoeducación y la terapia sistémica familiar, son herramientas indispensables para el tratamiento de un adolescente alcohólico. Un apoyo claro para la familia dentro del sistema familiar, es establecer métodos de comunicación más directos que permitan a los miembros, aprender a expresar las emociones y sentimientos que han sido incapaces de manejar en estado de sobriedad.

Es importante conocer en el proceso terapéutico familiar y cumplir con sus expectativas, ya que será un apoyo fundamental para ir construyendo el sistema familiar. Un factor decisivo para reintegrarse a la sociedad, será el apoyo fundamental de cada uno de los miembros de la misma; al tratar de superar

sentimientos de culpa que alguna vez de una u otra manera protegieron al adicto, y tomar una actitud de confianza que servirá para el desenvolvimiento de sus actividades en la sociedad.

En este orden de ideas de igual forma se tiene en cuenta otro trabajo importante para esta investigación es el de Jessica Claudia Valdez González¹³, el Consumo de Alcohol en Estudiantes del Distrito Federal, y su Relación con La Autoestima y la Percepción de Riesgo, este trabajo es realizado en el año 2005 en la ciudad de México y es un trabajo tipo cualitativo- cuantitativo, porque se hace un abordaje teórico analítico para posteriormente obtener datos estadísticos.

En un primer momento se explica que el consumo de alcohol no es homogéneo en la población mexicana, puesto que, dependiendo de aspectos como la edad o el sexo del sujeto, varía la frecuencia y la cantidad de alcohol que se consume. De igual forma se infiere que, en los adolescentes, es bajo el índice de dependencia, pero sí se ven involucrados en problemas por el abuso de alcohol, como riñas o accidentes automovilísticos.

Este estudio trata de comprobar la influencia de la autoestima y la percepción de riesgo, en el consumo de alcohol en los adolescentes, estudiantes del Distrito Federal, posteriormente, por medio de instrumentos de medición cuantitativa se aborda el objeto de estudio, la población objetivo son los estudiantes de enseñanza media y media superior del D.F. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, encuestándose en total a 348 grupos escolares.

El total de la muestra se compuso de 10,659 sujetos, de los cuales 50.5% fueron hombres y 49.5% mujeres. La edad de los sujetos fue entre los 12 y 19 años, y la mayoría de ellos tienen 14 años o menos (55%). De esta población, el 59.1%

¹³ VALDEZ González Yesica Claudia. El Consumo De Alcohol En Estudiantes Del Distrito Federal Y Su Relación Con La Autoestima Y La Percepción De Riesgo. Universidad Nacional Autónoma De México. 2005.en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_jessica.pdf

pertenece a nivel secundaria, los que asisten a bachillerato son el 29.5% y a escuelas técnicas sólo asiste el 11.4% de la muestra.

Este estudio arroja como resultados, que el consumo de alcohol se presenta de forma similar en hombres (65.6%) y mujeres (66.1%). En cuanto al abuso, los hombres presentan más abuso (25.6%) que las mujeres (22%).

Se observó que el consumo de esta sustancia es alto en toda la población y que hay una clara tendencia de aumento, en los estudiantes de bachillerato hay un mayor consumo que en los de secundaria.

A su vez se tuvo en cuenta un trabajo realizado por Juan Sandoval Ferrer, José Díaz, Jorge Velásquez y Sandra Sandoval,¹⁴ titulado Caracterización de un Grupo de Familias con Integrantes Alcohólicos Masculinos Residentes en Cayo Hueso realizado en el año 2013, el cual trata que el alcoholismo puede generar diversas crisis familiares paranormativas afectando los miembros o la eficacia del conjunto familiar. Los estudios en familias de personas alcohólicas y sus interacciones pueden brindar recursos para promover estilos de vida saludables y contribuir a la prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial de esta toxicomanía.

El objetivo de esta investigación es: caracterizar las relaciones entre variables sociodemográficas y psicosociales en un grupo de familias con miembros alcohólicos, la percepción del funcionamiento familiar, estrategias de afrontamiento y apoyo social.

Se utilizaron los siguientes métodos: se realizó un estudio cuantitativo y transversal en el área de salud “Cayo Hueso” de Centro Habana entre abril y septiembre de 2010. Se evaluó una muestra de 50 familias con integrantes

¹⁴ Ferrer, J. E. (2013). Caracterización de un grupo de familias con integrantes alcohólicos masculinos residentes en Cayo Hueso. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph131a.pdf>

alcohólicos masculinos y se aplicaron un cuestionario semiestructurado y el test de percepción del funcionamiento familiar.

Se obtuvo como resultado, que no hubo diferencias en la estructura familiar y condiciones generales de vivienda entre familias con alcohólicos o no. Se encontró una alta frecuencia de antecedentes de alcoholismo en familiares de primera línea. La disfunción familiar percibida fue mayor y más severa en familias con miembros alcohólicos y al parear cada familiar con el alcohólico conviviente; las categorías que más afectaron el funcionamiento familiar fueron armonía y cohesión.

Y se llegaron a las siguientes conclusiones: predominaron como estilos de afrontamiento la evitación, intolerancia y confrontación, así como una diversidad de sentimientos displacenteros expresados por la familia hacia el alcohólico. El apoyo social percibido mostró una cohesión familiar disminuida y el desplazamiento en las familias disfuncionales hacia redes extra familiares como grupos de autoayuda, instituciones religiosas y especialistas en salud mental.

Por consiguiente, un estudio realizado en Chile por Nayade Riquelme Pereira y Jose Manuel Merino Escobar¹⁵, titulado Sistemas de Enfrentamiento en Familias de Enfermos Alcohólicos, realizado en el año 2002, el cual se enfatiza en el grave problema del alcoholismo en Chile y las alteraciones que provoca en la familia, este estudio se propone identificar y relacionar los estilos de enfrentamiento más uso-efectivos para las familias de los enfermos alcohólicos con variables sociodemográficas y psicosociales. La muestra estuvo constituida por un familiar de apoyo de cada familia, que totalizaron 46 personas.

¹⁵ NAYADE RIQUELME PEREIRA, J. M. (junio de 2002). SISTEMAS DE ENFRENTAMIENTO EN FAMILIAS DE ENFERMOS ALCOHOLICOS. *Ciencia y enfermería*, 8. Obtenido de file:///C:/Users/Asus/Downloads/SISTEMAS_DE_ENFRENTAMIENTO_EN_FAMILIAS_DE_ENFERMOS%20(1).pdf

Fueron utilizados 6 instrumentos: cuestionario de antecedentes sociodemográficos, Escala de Enfrentamiento (Jalowiec), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Escala de Preocupación Empática (Davis), Test de Proactividad (C. Intelig. Emocional, Caracas), Cuestionario de Funcionamiento Familiar (Hernández). Los estilos de enfrentamiento con mayor nivel de uso-efectividad para estas familias, en orden decreciente, fueron: el estilo optimista, apoyante, confrontativo y autoconfiante.

Estos estilos, en general, fueron desarrollados por personas mayores de 41 años, con escolaridad básica y de situación socioeconómica baja. Podría deducirse, entonces, que estas personas a lo largo de su vida han desarrollado un estilo de vida positivo para convivir y superar la adversidad que los ha rodeado, y que les permite ser apoyo de un familiar que presenta la enfermedad alcohólica.

Para la realización de esta investigación se utilizaron el siguiente material y método: diseño, estudio retrospectivo y relacional, universo. Lo constituyeron las familias de los enfermos alcohólicos recuperados adherentes a los centros de recuperación y rehabilitación de la comuna de Concepción.

Muestra: fue constituida por un miembro (de apoyo) de cada una de las familias de los enfermos recuperados de la alco-dependencia, adheridos a los centros de recuperación y rehabilitación de la comuna de Concepción. Los miembros a entrevistar serían el o la cónyuge del recuperado alcohólico, o la madre o padre que viva con él en el mismo hogar, u otro familiar significativo.

A su vez se hizo la recolección de datos de esta manera, se realizó una encuesta de tipo estructurado al miembro de apoyo de la familia, para aplicar los instrumentos que respaldarán el estudio y se realizaron varios cuestionarios a nivel familiar, sistemas de enfrentamiento sociodemográficos, cuestionarios de apoyo social entre otros.

Se obtuvieron las siguientes conclusiones: en general, los estilos de enfrentamiento más uso-efectivos para las familias de enfermos alcohólicos son estilos activos, movilizadores de recursos o energía, que los hace salir del “status quo” del problema.

Las personas que utilizan estos estilos, aparte de estar ubicados en un nivel socioeconómico desde medio-bajo hasta marginal, poseen características personales determinadas, como ser mayores de 41 años, con escolaridad básica, y actitudes constructivas y proactivas, de lo que podría deducirse que estas personas han desarrollado un estilo de vida positivo para tratar de

Sistemas de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos: N. RIQUELME P., J. M. MERINO E. 46 CIENCIA Y ENFERMERIA 8 (1), 2002 vivir y superar la adversidad que los rodea, lo cual se ve potenciado por los efectos de la tradición en cuanto a la fortaleza de la institución familiar.

El hecho que no haya habido alguna relación fuerte entre los estilos de enfrentamiento más uso-efectivos en este estudio y la variable edad en la categoría menor de 41 años, se podría interpretar como que la generación de familiares más jóvenes está realmente influenciada por la cultura moderna individualista y desvalorizada, que no le permite aceptar la posibilidad de ser apoyo en la enfermedad alcohólica de un familiar. Se hace necesario concientizar a trabajadores de la salud o sociales a detectar y hacer presente este problema en las prioridades de las instituciones oficiales, ya sea de salud o sociales, y a no perpetuarlo en nuestra sociedad como una condición de vida pseudonormal, para lo cual se debe disponer de programas o actividades que estén basados en estilos que aportan a la resolución del problema como los detectados en este estudio.

Por consiguiente, para esta investigación se citó un trabajo realizado en la Habana realizado por Patricia Herrera Santí, Idarmis González Benítez y Silvio

Soler Cárdenas,¹⁶ titulado Metodología para Evaluar el Impacto de los Acontecimientos Vitales de la Familia en la Salud Familiar, realizado en el año 2002, con el propósito de contribuir al diagnóstico de la salud familiar, proponemos una metodología de evaluación familiar orientada a profundizar en el impacto que tienen los diferentes eventos en la salud familiar.

La repercusión, que para la salud familiar pueda tener cualquier evento, puede ser de diferentes magnitudes; desde muy severa, hasta leve, y puede afectar diferentes áreas de la familia como su funcionamiento, su integración social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia.

Hacer un abordaje de la salud familiar, teniendo en cuenta todas las áreas que lo integran y 2 factores protectores primarios que son el apoyo social y los recursos adaptativos con que cuenta la familia, son la clave para el diagnóstico adecuado y la intervención eficaz en el tratamiento integral a la familia; de ahí que estén presentes en el modelo evaluativo que estamos proponiendo.

Para este estudio se hizo la validación de los instrumentos en 3 momentos: en el primero se realizó la construcción de los instrumentos, en el segundo se estudió la validez de los instrumentos en las modalidades de contenido, de criterio y de construcción, y en el tercero se determinó la confiabilidad de los instrumentos.

Para la construcción de los instrumentos se realizó una amplia revisión bibliográfica acerca del tema de la familia, los principales eventos que la afectaban, los instrumentos de evaluación existentes, tanto nacional, como internacionalmente y los aspectos que se pretendían medir. A partir de toda esta

¹⁶ Santí, P. H. (martes de abril de 2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000200013&script=sci_arttext&lng=pt

información se confeccionaron los instrumentos provisionales, y la etapa de construcción de las pruebas concluyó con su validación, donde se precisaron los ítems definitivos con los que quedaron las pruebas, una vez aplicados y analizados los Criterios de Moriyama.

La evaluación de la validez incluyó 3 aspectos: validez de contenido, de criterio y de construcción.⁷ El primero se logró mediante la colaboración de 10 expertos en familia, seleccionados entre un grupo de psicólogos que laboran en Ciudad de La Habana. Los expertos clasificaron los ítems de acuerdo con los principios de Moriyama, mediante la aplicación de la escala ordinal (mucho, poco y nada).

Para la validez de criterio, se tomó el criterio emitido por los Médicos de Familia, en calidad de informantes claves, por la ausencia de pruebas que reflejaran las categorías consideradas en cada instrumento. Los Médicos de Familia, para ser considerados como informantes claves, debían haber permanecido como mínimo 2 años en el consultorio.

Como estadígrafo se utilizó el coeficiente de correlación de rango de Spearman (se consideraron confiables los instrumentos cuando el coeficiente fue mayor o igual a 0,80 y la $p < 0,05$).¹⁰ También se realizó un crosstabs (tabulación cruzada) de los datos, que se analizó cualitativamente.

La validez de construcción se llevó a cabo mediante el empleo de la llamada teoría multivariada de análisis de componentes principales (APC), que se incluye dentro de las técnicas factoriales con correlaciones tipo gamma, que permite analizar la información acopiada por medio de nuevas variables obtenidas como combinación lineal de las originales. Este método permite simplificar las columnas de la matriz de factores, consiguiendo que cada factor tenga correlaciones altas sólo para unas pocas variables.^{10,11}

Para la evaluación de la confiabilidad se aplicó el método de pruebas,¹² que

consistió en una primera aplicación de las pruebas a las 70 familias seleccionadas, seguida de una segunda al cabo de 4 semanas, con el objetivo de conocer la estabilidad en el tiempo de las pruebas. La aplicación de los instrumentos en ambos tiempos se realizó en los hogares seleccionados, y la información que se recogió fue aquella a la que arribó la familia después de haber llegado a un consenso.

Para determinar la significación de la relación entre ambos momentos o aplicaciones se utilizó el coeficiente de correlación de rango de Spearman. Se consideraron confiables los instrumentos cuando el coeficiente fue mayor o igual a 0,80 y la p 0,05,10 y también se realizó un crosstabs (tabulación cruzada) de los datos, que se analizó cualitativamente.

A su vez se llegaron a las siguientes conclusiones: los instrumentos confeccionados nos permiten explorar los diferentes eventos por los que atraviesa la familia, el impacto que tienen para la salud, las áreas más afectadas, así como también los recursos adaptativos y el apoyo social con que cuenta la familia como elementos protectores para la salud.

Los instrumentos fueron validados estadísticamente, y se determinó que miden las variables y los elementos que se proponen evaluar, y que son pruebas confiables y válidas porque tienen consistencia interna y estabilidad significativas estadísticamente. Pueden ser utilizados en la docencia, en la asistencia y en la investigación, principalmente en la atención primaria, por el psicólogo, el Médico de Familia y otro personal de salud.

Seguidamente, Claudia Alazraki Yossifoff¹⁷ realiza un artículo titulado la Dinámica Familiar en Familias con un Miembro Alcohólico, con el objetivo de

¹⁷ Alazraki Yossifoff, C. (s.f.). Obtenido de http://www.aesfashu.es/content/979394/ADULTOS_Alcoholismo_Tema_11/11._LA_DINAMICA_FAMILIAR_EN_FAMILIAS_CON_UN_MIEMBRO_ALCOHOLICO.pdf

hacer un análisis de la dinámica familiar en aquellas familias con un miembro alcohólico.

Con esta presentación se pretende resaltar las características de este tipo de familias y cómo es que éstas tratan de ajustar el sistema familiar ante la enfermedad de uno de sus miembros. Se analizan las diferentes maneras que tiene la familia para sobrellevar la enfermedad de uno de sus miembros y cómo es que ésta afecta a los diferentes miembros que la integran. Se concluye sobre la forma en que la familia trata de "sobrevivir" ante la crisis de la enfermedad de uno de sus miembros y cómo es que los roles cambian afectando a los hijos inclusive en la edad adulta.

De tal modo que se obtuvieron las siguientes conclusiones: habiendo revisado la bibliografía se puede concluir que los alcances de la enfermedad del alcoholismo son grandísimos, no solamente para el individuo que la padece, también para la familia y por lo tanto para la sociedad.

Los cónyuges en un intento fallido por tratar de ayudar al alcohólico pueden desarrollar conductas que solamente son autodestructivas y facilitan la progresión de la enfermedad. Los hijos, tienen una mayor predisposición al alcoholismo, pueden volverse co-dependientes y/o desarrollar conflictos en sus relaciones interpersonales. En la familia del adicto se adoptan distintos roles disfuncionales con el fin de sobrevivir ante la enfermedad.

Es importante recalcar que los miembros que integran la familia con un miembro alcohólico también enferman de manera progresiva. Al enfermar, existe una gran inversión por parte de la familia de tiempo y energía en la actuación de roles familiares disfuncionales, cuyo objetivo es el de proveer a la familia con un mecanismo de defensa para disminuir la ansiedad y el temor por el cual están pasando.

El tratamiento del alcohólico forzosamente va de la mano con el de la familia ya que, de no ser así, la rehabilitación del alcohólico sin la familia llevaría al fracaso a ambas partes ya que se encuentra íntimamente involucradas en enfermedad, así como en la sanidad.

De igual forma otro trabajo muy pertinente en esta investigación es el de Adriana Carolina Molano Díaz¹⁸, Toxicomanía: el Alcohol y la Cultura Colombiana, Por medio del siguiente trabajo se explica el tema de la toxicomanía teniendo al alcohol como tóxico principal, así como el rol de dicha sustancia dentro de la cultura colombiana, específicamente en jóvenes, esto desde el modelo psicoanalítico.

Este estudio está enfocado desde el psicoanálisis, así como aquellas fuentes disponibles de estudios realizados en Colombia, la autora realiza un acercamiento a los conceptos del consumo de sustancias y sus aspectos generales, desde la literatura psicoanalítica existente, además se desarrolla la relación entre la cultura y el alcohol, y por último la contextualización de Colombia, los aspectos históricos y culturales relevantes.

Es un estudio novedoso en vista que retoma los aspectos culturales y como estos inciden en el consumo de bebidas alcohólicas, lo que si resalta la autora es que hay pocas investigaciones en cuanto a la relación del alcoholismo y la cultura colombiana desde el psicoanálisis, por lo que se considera que este documento aporta mucho a esta investigación.

Finalmente una tesis realizada en Quito, en la Universidad Nacional de Loja, en el año 2014 realizado por Nelly Sosa Pilataxi,¹⁹ llamada el Alcoholismo y su

¹⁸ MOLANO Diaz Carolina Adriana. Toxicomanía: el alcohol y la cultura colombiana. Programa de Psicología Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Colombia 2015. En: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11657/Tesis%20Carolina%20Molano%20D%EDaz%20y%20M%F3nica%20Sanguino%20G%F3mez.pdf?sequence=1>

¹⁹ Pilataxi, N. J. (2015). *EL ALCOHOLISMO Y SU INFLUENCIA EN LA DINÁMICA, EL APRENDIZAJE DE LOS ALUMNOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA DOCTOR BENJAMIN CARRION MORA DE LA CIUDAD DE QUITO, PERIODO 2014*". Loja, Ecuador. Obtenido de <file:///C:/Users/Asus/Desktop/MARCOS%20TESIS/TESIS%20NELY.pdf>

Influencia en la Dinámica Familiar, el Aprendizaje de los Alumnos de la Unidad Educativa Doctor Benjamín Carrión Mora de la ciudad de Quito, período 2014, se desarrolló para cumplir con el requisito previo a optar el grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

En la presente investigación el objetivo general que se planteó fue: Realizar un estudio sobre el alcoholismo y su influencia en la dinámica familiar, el aprendizaje de los alumnos de la Unidad Educativa “DOCTOR BENJAMÍN CARRIÓN MORA”, de la ciudad de Quito, período 2014 con la finalidad de plantear lineamientos propositivos.

Los métodos utilizados en la elaboración de un estudio investigativo realizado en la ciudad de Quito fueron: Científico, Inductivo, Descriptivo y Modelo Estadístico que permitieron realizar la discusión y contrastación de las variables propuestas. Se aplicaron dos instrumentos: El test de Apgar Familiar de Smilkstein dirigido a los/as alumnos para Determinar la Dinámica Familiar, y una ficha de caracterización adaptada para determinar el nivel de aprendizaje académico de los alumnos. Luego de analizar los datos mediante el Test Apgar familiar se concluye que la Dinámica Familiar se encuentra ubicada en una disfuncionalidad de acuerdo a los componentes del test se encuentran en el indicador CASI NUNCA, lo que representa la necesidad de apoyo inmediato dado por un 37.5%, y los demás en el indicador A VECES donde se terminada disfunción familiar correspondiente al 63%.

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el proceso de afectación en los roles familiares con uno de sus miembros alcohólico en proceso de rehabilitación, en tres estudios de caso en la ciudad de Popayán?

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo como una de las tantas enfermedades que afecta a todo tipo de persona sin distinción de clases sociales, raciales o edad se ha ido convirtiendo en un fenómeno cada vez más común, el alcohol está al alcance de todos e incluso podemos hablar no solo de los padres, sino del consumo de los hijos y sobre todo en la adolescencia, convirtiéndose este en un problema de salud pública.

En muchas ocasiones la ingesta de alcohol se ve como algo normal que aparentemente no afecta en mayor grado las relaciones interpersonales sean sociales o familiares, pero en el momento que ésta se convierte en dependencia, los roles en la familia cambian junto con los comportamientos generándose trastornos en el ambiente, viéndose afectados los vínculos y la interacción normal entre sus miembros.

El alcoholismo una de las más grandes causas de disfuncionalidad en la familia, termina afectando las relaciones laborales y también de tipo social, de tal modo que todos los miembros que componen dicha familia son afectados y por lo cual en este caso es importante investigar cuales son los comportamientos propios de las familias que tiene un paciente alcohólico, cuales son las actitudes que toman los conyugues, de modo que el entorno familiar se transforma.

Las familias que tienen un paciente alcohólico son severamente afectadas por tanto cada miembro de la familia se debe involucrar en la problemática y en las posibles soluciones, puesto que no debemos centrarnos solo en el paciente

debido a que el alcoholismo es un problema real que afecta la relación de la familia y por lo cual la convierte en co-dependiente afectando e influyendo en las funciones de cada miembro dentro y fuera de ella.

La investigación se centra en las afectaciones que sufre los roles familiares en pacientes con alcoholismo, la intención real es lograr precisar dichas afectaciones y lograr que las familias afectadas sean conscientes de su problemática y puedan superarlas, considerando que tendemos a preocuparnos solo por la persona enferma y no por su entorno, que en muchas de las ocasiones es el más perjudicado sobre todo cuando hay menores en medio de tales circunstancias.

5. JUSTIFICACIÓN

El trabajo se propone llevar a cabo desde el punto de vista psicológico, de tal modo que no involucra solamente a la persona enferma de alcoholismo sino a la familia que se ve como un elemento aislado del enfermo, de igual forma los miembros de la familia refiérase a conyugue e hijos sufren cambios considerables en sus roles debido a que la persona afectada abandona de algún modo su lugar dentro del núcleo familiar viéndose afectada la estabilidad y se produce un ambiente familiar enfermizo.

Además de generar con el tiempo cambios emocionales en sus miembros y por lo cual cada uno de ellos asumiendo responsabilidades fuera de lugar, generalmente este cambio de roles se da en familias disfuncionales las cuales tienden a ser conflictivas, no se tienen roles definidos o no son respetados y a su vez se convierte en una familia toxica, debido a que no se fomentan vivencias positivas y en constante crecimiento.

Posteriormente estas familias tienden a que cada uno de sus miembros no solo tenga malas vivencias, sino que se convierten en un ambiente familiar dañino emocionalmente y muy conflictivo, de igual forma los miembros de la familia que crecen en este ambiente crecen con roles difusos debido a que las primeras experiencias de vida se tienen dentro del núcleo familiar y en un futuro tienden a seguir este mismo patrón de comportamiento con su futura familia.

Por consiguiente al referirse al paciente enfermo de alcoholismo no solemos adentrarnos con mucha frecuencia en su núcleo familiar y sus padecimientos al enfrentar dicha situación que con mucha frecuencia suelen negar, pero de igual manera la carga psicológica está allí constante, la familia por lo general tiende a negar su realidad e incluso justificando al miembro enfermo constituyendo así conductas irregulares e irracionales sobre todo con los miembros más vulnerables, en este caso los hijos.

De modo que este tipo de familias están expuestas a todo tipo de violencias ya sea de tipo físico o más marcada aun la violencia psicológica. A su vez este tema es pertinente dentro del Trabajo Social debido a las afectaciones que sufren los miembros de una familia con un enfermo alcohólico, son múltiples y variadas, el enfermo con alcoholismo abandona su rol dentro de la familia e incluso pueden perder el empleo, a la esposa(o) e hijos, y a su vez se ven sometidos a tomar obligaciones y a redefinir su entorno.

En lo que respecta a la relevancia del tema trata las alteraciones que muchas familias sufren cuando hay un paciente con alcoholismo, lo importante aquí es que sucede con la familia y sus miembros y las consecuencias que trae consigo respecto a sus conductas y sentimientos.

La familia es parte fundamental dentro del equilibrio de cada uno de los miembros que la componen, pero al tener un paciente con alcoholismo esta dinámica se rompe, se altera por completo dejando de satisfacer sus propias necesidades y la de los demás miembros, hay abandono emocional, intolerancia, violencia, el ambiente familiar se convierte en un caos. De este modo todos sus miembros se ven afectados.

El alcoholismo es devastador para todos los miembros de la familia. Puede ser que miembros de la familia hayan visto a alguien que aman convertirse en un extraño. Ellos se preguntan: ¿Cómo sucedió? ¿Por qué no lo vimos antes? ¿Tenemos de alguna manera la culpa? ¿De qué manera podemos hacer que se detenga? ¿Qué pasará si no podemos hacer que se detenga? ¿Por qué esa persona no nos escucha? ¿No puede ver lo que le está sucediendo? Entre otras preguntas, las cuales se hace cada miembro de la familia debido a la enfermedad de su familiar.

El alcoholismo es una enfermedad que afecta no solo a una persona sino a cada uno de los miembros de su familia, contagiándola hasta que manifiestan el mal de acuerdo a la madurez emocional que tienen.

En lo que respecta a los roles por ejemplo la esposa es quien asume con frecuencia la actitud de comprensión y condescendencia con la persona alcohólica pues considera que ésta bebe alcohol por falta de cariño. Cuando el cambio no ocurre, él no deja de beber, entonces pasa a la segunda fase del problema.

Mientras tanto, los hijos desarrollan comportamientos autodestructivos que resultan de ese cúmulo de emociones negativas que el alcoholismo empieza a generar en el hogar, a veces el hijo varón copia el ejemplo del padre y se convierte en bebedor también.

Muchas veces comparte con el padre el beber e intoxicarse, mientras que la hija aprende de la mamá y si ella es tolerante con el alcohólico aprenderá a serlo también y posiblemente busque una pareja alcohólica o por el contrario genere repudio ante el líquido. Si hay un tercer miembro en la familia, este se alejará del núcleo familiar enfermo porque le interesa sobrevivir lejos de aquel entorno.

Para la presente investigación el rol de la afectación de la madre, hija o pareja también llegan a una tercera fase: la coadicción. En esta etapa, ellas asumen actitudes que mantienen la adicción y generan círculos viciosos hasta que llegan a desesperarse y buscan ayuda especializada, otras en cambio llegan al hartazgo y piden la separación.

Las esposas sanas se separan, y otras se convierten en coadictas y empiezan a hacer cosas que conservan la enfermedad

6. OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar el proceso de afectación en los roles familiares con uno de sus miembros alcohólico en proceso de rehabilitación a través de tres estudios de caso en la ciudad de Popayán.

Objetivos específicos

- Conocer las características propias del ambiente familiar donde se encuentra el paciente alcohólico en proceso de rehabilitación.
- Describir cuales son las actitudes que toman los familiares al tener un miembro alcohólico en la familia
- Caracterizar cuales son los cambios en el entorno familiar cuando uno de sus miembros es alcohólico.

7. MARCO TEÓRICO

La siguiente investigación parte principalmente de los conceptos de alcoholismo y familia, estos como fundamentales a la hora de abordar la temática central, que tiene como finalidad demostrar el cómo los roles familiares son afectados cuando se tiene un paciente alcohólico en casa.

Así mismo encontraremos las características de una familia alcohólica, roles disfuncionales de la familia alcohólica, sentimientos ante el alcoholismo, mecanismos de afrontamiento de la familia del alcohólico, afrontamiento de los conyugues ante el alcoholismo, seguido por el modelo sistémico o estructural, el cual brinda una gran importancia en la investigación y por lo cual se tiene de referente el autor Salvador Minuchin.

7.1 Alcoholismo

El alcoholismo es una enfermedad progresiva, que no tiene cura, pero la cual se puede contener según el paciente que la padezca, de tal modo que al igual que cualquier otra enfermedad se puede controlar, siempre y cuando el paciente así lo desea y ponga de su parte para lograrlo²⁰.

El alcoholismo en tanto una forma de dependencia es también una enfermedad, en 1976 la Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta

²⁰Anónimo, Preguntas Frecuentes Acerca de A.A. (1983). Medellín, Colombia: Oficina de Servicios Generales A.A.

y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos”²¹

Además de este concepto podemos agregar que “El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica.”²²

Según Marconi²³ define el alcoholismo como “una enfermedad crónica, caracterizada por una perturbación fundamental del sistema nervioso central, que se manifiesta por un grupo de síntomas y signos corporales que confieren un carácter imperioso al deseo concomitante de ingerir alcohol.”

En el nivel de la conducta, la enfermedad se manifiesta por un estado de dependencia física, primaria o secundaria, hacia la sustancia.” Por tanto, el consumo de alcohol es considerado como consumo de riesgo, debido a las consecuencias que trae consigo e involucran cambios en las conductas relacionados con la familia, amigos e incluso compañeros de trabajo refiriéndose en este caso al ámbito social.

Seguidamente “en gran medida por las alteraciones mentales y afectivas producidas por el consumo de alcohol que irán erosionando las relaciones del individuo y debilitando los nexos de unión y apoyo de éste”²⁴ y también incluye

²¹ Guardia Serecigni Josep “Alcoholismo”, (2007), p. 8 consultado en http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf

²² Ibid., 2007 P. 9.

²³ Naveillan Pedro “sobre el concepto de alcoholismo “(1981), 344 p. consultado en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17162/v91n4p340.pdf?sequence=1>

²⁴ Martin Silvia. “La sombra del Alcoholismo” ,(2014), p. 20 consultado en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671850/martin_martinez_silviatfg.pdf?sequence=1

graves daños a nivel del sistema nervioso y otros graves problemas como por ejemplo “problemas gástricos- úlceras, cáncer estomacal o gastritis estomacal aguda o crónica ,problemas intestinales, mala absorción intestinal que puede derivar en malnutrición”²⁵entre muchos otros.

El alcoholismo entre tantas otras enfermedades se ha convertido a través del tiempo en un problema de salud pública, en tanto afecta todo tipo de población debido a que la ingesta de alcohol se ha visto de forma natural y es algo que todos tienen al alcance de sus manos “La sociedad fomenta el uso e incluso el abuso del alcohol, debido a que es una sustancia estimulante legalmente aceptada.”²⁶

De igual forma “La ingesta de alcohol es frecuente en reuniones y eventos sociales, tal manifestación es común en investigaciones que denotan que esta conducta de consumo se enmarca en el contexto de reuniones sociales como de eventos especiales, y se evidencia que quienes ofrecen las bebidas son desde los mismos familiares hasta los amigos más cercanos.”²⁷

Y por lo cual estas situaciones se muestran en la cotidianidad de nuestra sociedad donde “el alcohol hace parte de la canasta familiar convirtiéndose en un estilo de vida, que legalmente es aceptado e inclusive las empresas productoras patrocinan y financian numerosos espectáculos recreativos.”²⁸

El autor Murray & Stabena (1982) señala que “existen tres tipos de alcoholismo: Primario, secundario y reactivo. El alcoholismo primario se caracteriza porque generalmente hay una historia familiar de alcoholismo (existen antecedentes

²⁵ *Ibíd.*, p .17.

²⁶ Molano-Tobar NJ, Molano-Tobar DX. Concepción frente al Consumo de Alcohol en jóvenes de la Universidad del Cauca. *Rev. Univ. Salud.*(2016), p. 536 tomado de <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.58>

²⁷ *Ibíd.*, p. 538.

²⁸ *Ibíd.*, p. 538.

genéticos). Surge entre los 25 y 35 años. El enfermo tiene una alta tolerancia y bebe como respuesta al síndrome de abstinencia.”²⁹

Según Winokur 1970³⁰ Compulsivamente antepone la ingesta a las demás actividades. El 61% de las mujeres y el 73% de los hombres enfermos pertenecen a este grupo.

En el alcoholismo secundario, el enfermo ha sufrido previamente un trastorno psíquico importante. Suele tratarse de un trastorno afectivo bipolar o unipolar o de una personalidad antisocial. En este último caso, se trata de individuos que han tenido problemas con su familia, compañeros, o con la policía antes de los 15 años y previamente al problema alcohólico.

A su vez Shuckit 1973³¹ afirma que aproximadamente el 20% de los hombres y el 5% de las mujeres que acuden para tratamiento antialcohólico pertenecen a este grupo.

El alcoholismo reactivo se observa en las personas que han comenzado a beber excesivamente, como consecuencia de una grave crisis. Generalmente han sido bebedores anteriormente, sin ningún tipo de problema. Algunos individuos pueden controlar la ingesta, mientras que otros llegan a desarrollar una verdadera adicción.

7.2 Familia

El concepto de familia es una de las nociones fundamentales de la investigación ya que la idea es mostrar como el núcleo familiar se ve severamente afectado por las conductas del enfermo de alcoholismo.

²⁹SAÉZ, ACERO. (1995), pp. 206-207 *TRABAJO SOCIAL Y ALCOHOLISMO*. (C. D. SOCIAL, Productor)
Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9595110201A/8424>

³⁰ *Ibíd.*

³¹ *Ibíd.*

La familia es considerada la institución más importante dentro de la sociedad, Al respecto Burgess y Locke citado en Roche 2006, la definen como “una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros.”³²

Simultáneamente otra definición menos convencional es encontrada en “Estrada 2007³³ la describe como una célula social, cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes.”

Posteriormente para “Gil 2007³⁴ señala que la familia debe asegurar la creación de vínculos afectivos, que funjan como precursores de otros; de manera que la unidad familiar otorga la fuerza y sentido a sus miembros desde su interior, pero que a la vez los relaciona y pone en contacto con el exterior.”

De igual forma dentro del aspecto psicológico la familia es : “...como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”³⁵.

De acuerdo con las anteriores definiciones la familia es de vital importancia en el desarrollo armónico del ser humano, teniendo en cuenta que todos los miembros que la constituyan estén en condiciones emocionales favorables, definiendo así el prototipo de familia funcional.

³² Sánchez Martínez Cynthia” Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes “,2012, p. 18 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623003>

³³ *Ibíd.*, p. 19.

³⁴ *Ibíd.*, p.19.

³⁵ Modino, I. M. (2018). *La familia: el divorcio y los hijos*. Obtenido de Psicología Online: <https://www.psicologia-online.com/la-familia-el-divorcio-y-los-hijos-2996.html>

Por otro lado, encontramos el concepto de familia disfuncional como “Un patrón de conductas des adaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia”³⁶ este viene siendo el caso de la familia con un paciente alcohólico dentro de ella.

De tal modo que se define disfuncionalidad como “un patrón de conductas des adaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia.”³⁷ Las familias con pacientes alcohólicos están estrechamente ligadas a este término “disfuncional” debido a que se ve afectado el normal funcionamiento entre los miembros y sobre todo se ven alteradas sus conductas o patrones normales de comportamiento.

Por otro lado “Se han estudiado las familias de los alcohólicos, como modelos de funcionamiento familiar disfuncional y generadoras de problemas emocionales en sus miembros Robitschek, C. Kashubeck, S. 1999, Higgins P. 1998 así como las consecuencias de este tipo de relaciones familiares en el desarrollo adulto de los hijos de alcohólicos Harrington, M. Metzler, E. 1997.”³⁸

El alcoholismo es un fenómeno que afecta a todos los miembros de la familia del enfermo alcohólico empezando por el conyugue, tratándose este como la persona emocionalmente más cercana al enfermo. “La estrecha relación que se establece entre los cónyuges, marcan las fases que ambos viven frente al alcoholismo,”³⁹ así mismo se considera el conyugue como una pieza fundamental a la hora de recibir ayuda psicoterapéutica, por este motivo las terapias dirigidas a las parejas son más efectivas.

³⁶Ferraro Mariela “Alcoholismo, familia y codependencia.”, p. 20 tomado de <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/662/Ferraro%20Mariela.pdf>

³⁷ Ibíd., p. 19.

³⁸Lloret Irlles Daniel. Alcoholismo: una visión familiar” (2001), p. 114 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910107>

³⁹Lloret, op. Cit.

Dicho lo anterior "Por esto es lógico, que en una primera entrevista para la evaluación de un alcohólico, siempre sea necesario conocer con quien convive, y valorar las actitudes y tipo de apoyo que ésta, o estas figuras suponen."⁴⁰

Las personas más cercanas al enfermo alcohólico en este caso trátense de su familia suponen un ambiente de violencia constante que terminara afectando sus condiciones emocionales normales, en este caso la violencia viene siendo uno de los factores más constantes y relevantes en estos ambientes familiares "Las reacciones agresivas sobre la familia son, como hemos dicho, una de las consecuencias más llamativas de la adicción al alcohol de uno de los miembros de la familia."⁴¹

La familia con un paciente alcohólico termina siendo a su vez "un factor de riesgo,"⁴² debido a que la familia supone ser una de las bases de la sociedad, en este caso nos referimos en la forma como se desarrolla la crianza de los hijos en la implementación de los valores por este hecho "la prevalencia de alcoholismo parental es un factor de riesgo asociado a los trastornos psíquicos de los hijos."⁴³

Según Washton, 1991⁴⁴ la familia es el lugar en el que son transmitidos valores, hábitos, educación adecuada, propicios dentro del desarrollo normal de todo hijo y la consolidación de su identidad.

El hijo que habita un hogar con un enfermo alcohólico tiende a asumir un rol que no le corresponde, por lo general a cuidar de otros, igual que los demás miembros, puesto que la familia se convierte en un lugar caótico, así mismo la comunicación entre los miembros se torna casi que imposible y por lo cual hay cambio de roles y disfuncionalidad en el núcleo familiar.

⁴⁰Ibíd., p. 117.

⁴¹ Ibíd., p. 118.

⁴² Ibíd., p. 119.

⁴³ Ibíd., p. 119.

⁴⁴ Ferraro, op. Cit, p. 27.

En consecuencia, el conyugue asume la totalidad de las responsabilidades afectando el normal desarrollo del sistema familiar, les restan importancia a los hijos porque su preocupación inmediata es el enfermo de alcoholismo, de este modo los hijos desarrollan una predisposición a buscar o crear situaciones de conflicto.

De manera recurrente vivieron en crisis constante, por lo que no sabe cómo vivir de manera tranquila porque lo que conoció en su familia fue miedo, inseguridad, violencia y confusión, no disponen de referencias claras que les indique cuando una situación es normal o anormal, buena o mala. Desconocen la capacidad de goce y no logran experimentar satisfacción personal de una manera plena.”⁴⁵

7.3 Características de la familia alcohólica

Según Louro, I, 2004 (citado en Pilataxi, 2015)⁴⁶ Considera la enfermedad como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, un cambio en su comportamiento y modo de vida habitual. No solo ocasiona estrés a la persona que la padece sino también tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo.

Las dificultades en el funcionamiento familiar pueden influir en la aparición y curso de diversas enfermedades y en problemas de salud de los integrantes.

⁴⁵ Ferraro, op. Cit, p. 27.

⁴⁶ Pilataxi, N. J. (2015), pp. 41 *EL ALCOHOLISMO Y SU INFLUENCIA EN LA DINÁMICA, EL APRENDIZAJE DE LOS ALUMNOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA DOCTOR BENJAMIN CARRION MORA DE LA CIUDAD DE QUITO, PERIODO 2014*". Loja, Ecuador. Obtenido de file:///C:/Users/Asus/Desktop/MARCOS%20TESIS/TESIS%20NELY.pdf

Entre éstas encontramos, fundamentalmente al alcoholismo y otras adicciones, la conducta antisocial, el suicidio y otros trastornos mentales.

A su vez Espino, G. 2008 (citado en Pilataxi, 2015)⁴⁷ Hace referencia que en estas familias existe menor cohesión y flexibilidad, más acontecimientos estresantes, más tensión, menos compenetración y apoyo mutuo, menos estímulo a actuar libremente y a expresar directamente los sentimientos, menos intereses intelectuales, culturales, sociales y recreativos y más control en cuanto a la existencia de reglas.

De igual forma en Alazraki, C. 2006 (citado en Pilataxi, 2015)⁴⁸ Las familias con un miembro alcohólico se caracterizan por ser generalmente inflexibles, en donde las reglas, por lo general son inhumanas, lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles, éstas pueden cambiar constantemente o se mantienen aunque sean absurdas; los límites tienden a ser rígidos y difusos, inconstantes o inexistentes; además las jerarquías se vuelven disfuncionales y también son difusas; y la comunicación es indirecta y enmascarada o directa pero agresiva.

Las familias con un miembro alcohólico adoptan reglas peculiares que les permite soportar una cotidianidad disfuncional. Estas reglas garantizan el carácter confidencial y sigiloso diario y pueden ser pasadas de generación a generación incluyendo comportamientos tales como no hablar, no sentir y no confiar.

Considera que el aislamiento social, normalmente gobernado por estas reglas, es una estrategia usada por estas familias para proteger a la persona dependiente y sus otros miembros de la vergüenza y del dolor emocional que

⁴⁷ Ibid., p.42.

⁴⁸ Ibid., p. 42.

experimentan. Así, el sistema familiar establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe durante varias generaciones.

Por consiguiente, Margarita, M. 2004 (citado en Pilataxi, 2015)⁴⁹ La familia alcohólica es un sistema cerrado en el cual los miembros se apegan unos a otros, pero sin intimidad, ésta se aísla de su comunidad y los miembros de la familia también se aíslan unos con otros.

Finalmente, Santos, M. R. 2008 (citado en Pilataxi, 2015)⁵⁰ Considera que este alejamiento emocional entre los miembros de la familia puede estar dado por la inconsistencia y la inestabilidad de las relaciones afectuosas que existen entre ellos. Haciendo alusión a las relaciones familiares en familias de toxicómanos señaló que éstas son pobres, existiendo menos opción para desarrollarse afectivamente.

Si bien, uno de los indicadores más claros de que una familia está funcionando bien es la coherencia, consideran que los términos que mejor describen la vida en una familia alcohólica son lo incoherente y lo impredecible.

En el despertar de la enfermedad del alcoholismo la familia con frecuencia practica su propia forma de negación ante el problema, además se mueven y acomodan a las exigencias de la vida con el miembro alcohólico, lo cual incluye la reasignación de los roles familiares, poniendo así a la familia en desequilibrio, por lo que ésta adopta roles disfuncionales que los llevan a sobrevivir la enfermedad.

Se considera como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, un cambio en su comportamiento y modo de vida

⁴⁹ Ibid., p.43.

⁵⁰ Ibid., p. 43.

habitual, a su vez cada miembro de la familia empieza a tener una característica propia debido al alcoholismo de su familiar enfermo.

7.4 Roles disfuncionales de la familia alcohólica:

Y por lo cual se desarrollarán a continuación los roles disfuncionales en estas familias según Aizpún, 2006 (citado en Alazraki Yossifoff):⁵¹

El rescatador: Este miembro se encarga de salvar al adicto de los problemas que resultan de su adicción, es decir que es quien está todo el tiempo ahí responsabilizándose y buscando posibles soluciones para el problema adquirido por el enfermo en medio de su estado de embriaguez y en casos más extremos mintiendo y cubriendo, además de justificando el estado actual de su familiar. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar ausencias, etc.

Ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueve el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.

El cuidador: Ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, de este modo no solo le están quitando los compromisos que tiene el enfermo al acolitarle su enfermedad, sino que se cambian los roles en la dinámica familiar debido a que la familia se vuelve co-dependiente de su familiar y se tiene poca preocupación de la situación y todo esto con tal de que el adicto no tenga ninguna obligación o tenga las menos posibles.

De modo que en esta investigación es la conyugue quien entra a tener este papel. Ellos actúan así convencidos de que al menos están bien. Lo que no

⁵¹ Alazraki Yossifoff, C. (s.f.). Obtenido de http://www.aesfashu.es/content/979394/ADULTOS_Alcoholismo_Tema_11/11._LA_DINAMICA_FAMILIAR_EN_FAMILIAS_CON_UN_MIEMBRO_ALCOHOLICO.pdf

pueden ver es que esto, los carga con tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el adicto, del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.

El rebelde: La función del rebelde u oveja negra, es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él su ira y frustración.

El héroe: Él también está empeñado en desviar la atención de la familia hacia él, a través de logros positivos, De esta manera hace que la familia se sienta orgullosa de él, ayudando así a la familia a distraer la atención que tiene sobre el adicto y de este modo evitar los conflictos que se presentan común y seguidamente dentro del núcleo familiar.

El recriminador: Esta persona se encarga de culpar al adicto de todos los problemas de la familia, esto sólo funciona para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir consumiendo.

El desentendido: Usualmente es tomado por algún menor de edad que se mantiene al margen de las discusiones y de la dinámica familiar. Muy frecuentemente esto se da cuando el menor de edad está en la etapa de la niñez que es de la etapa prenatal a los 6 años y es justamente la edad donde el menor tiene poco conocimiento e interés al respecto de las problemáticas establecidas dentro de su familia y muchas otras veces es solo una máscara que cubre la gran tristeza y decepción que suele expresar muy poco.

El disciplinado: Este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y arremete al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos padres albergan por las adicciones de sus hijos.

7.5 Sentimientos ante el alcoholismo

Dentro del proyecto de investigación se han tomado otros conceptos que son claves y ayudaran al enriquecimiento teórico, estos son: ansiedad, depresión, violencia, vergüenza, tristeza y melancolía, agresividad, rechazo, resentimiento, odio, aceptación y violencia psicológica relacionados estrechamente con las condiciones de una familia con un paciente enfermo de alcoholismo.

Ansiedad: “La ansiedad es una situación de antelación ante un daño o desgracia próxima, acompañada de disforia (sentimientos de tristeza y emociones desagradables o molestias, miedo y temor) y síntomas de tensión, que afecta de forma clínicamente notable a la actividad de la persona”⁵², en una familia con un paciente alcohólico debido a la carga de tensión que se vive a diario es normal que se sufra de ansiedad, por lo cual la persona se siente amenazada y con miedo, es un estado que vive tanto el paciente como quienes lo rodean.

Depresión: Para definir la Depresión es preciso referirse a un amplio conjunto de problemas de salud mental que se caracterizan en su conjunto por una pérdida de la afectividad positiva, el interés y la capacidad de disfrutar en actividades o situaciones de la vida cotidiana que previamente eran placenteras y satisfactorias para la persona, acompañado por un estado de ánimo muy bajo y unos síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales asociados.

Entre esta sintomatología clínica se pueden encontrar llanto, exacerbación de dolores existentes o aparición de otros dolores, irritabilidad, aislamiento social, disminución de la libido, inquietud y ansiedad (con frecuencia la depresión se acompaña de ansiedad.)⁵³ La depresión puede ser sufrida tanto por el paciente alcohólico como por su familia debido a la gran carga emocional que se sufre

⁵² Silvia, op. cit, p. 35.

⁵³ *Ibíd.*, p. 40.

basadas en las relaciones problemáticas ya sea entre padre e hijos o con el conyugue y esta surge como una consecuencia de actos violentos.

Violencia “Se considera violencia familiar o doméstica aquellos malos tratos o agresiones físicas/psicológicas/sexuales/económicas o de otra naturaleza ocasionada por personas del núcleo familiar, y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la familia.”⁵⁴ Este tipo de prácticas son muy comunes, debido a que implican una forma de reacción del enfermo alcohólico ya sea hacia su conyugue o hacia sus hijos en el estado de embriaguez.

Las familias que padecen este tipo de situación con un paciente enfermo de alcoholismo viven al límite siendo víctimas tanto de padecimientos físicos (violencia) como psíquicos (depresión y ansiedad) que conllevan obligadamente a transformar sus vidas.

Vergüenza: según Potter-Efron 1993⁵⁵ menciona que el sentimiento de la vergüenza es tan doloroso que, a veces, se siente en todo el cuerpo y nunca es exactamente igual en un individuo que en otro. La experiencia de la vergüenza tiene algunas características comunes: respuestas físicas y definidas, pensamientos desagradables, conductas problemáticas y gran sufrimiento espiritual. Es una experiencia abrumadora.

Melancolía y tristeza: según Rufo de Efeso⁵⁶ a inicios del siglo II d.C la melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que el paciente se

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 36.

⁵⁵ Anónimo. (2003), p. 46 *Psicología Iberoamericana* (Vol. 11). México: Departamento de Psicología. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37860165/la_disputa_cuantitativo-cualitativo_en_ciencias_sociales.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1553049905&Signature=CflzdGOK0kBXs%2FxFxKW%2Fo%2FMXubU%3D&response-content-disposition=inline

⁵⁶ Gómez, J. V. (2005). *Psiquiatría.com*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Cobo/publication/301590159_El_concepto_de_depresion_Historia_definiciones_nosologia_clasificacion/links/5b10ffcca6fdcc4611d9a06a/El-concepto-de-depresion-Historia-definiciones-nosologia-clasificacion.pdf

mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita.

Agresividad: según diferentes autores la agresividad tiene distintas definiciones, las cuales conllevan a entenderla como una causal del daño que se le puede llegar a hacer a una persona entre ellas tenemos las siguientes:

Según Dollard et al.1939 es una conducta cuyo objetivo es dañar a una persona o a otro objeto, para Bandura 1972 es una conducta adquirida controlada por reforzadores, la cual es perjudicial y destructiva.

A su vez para Patterson 1973 es un evento aversivo dispensado contingentemente a las conductas de otra persona, de igual forma para Anderson y Bushman 2002 se define como cualquier conducta dirigida hacia otro individuo, que es llevada a cabo con la intención inmediata de causar daño y finalmente Cantó la define como un comportamiento cuyo objetivo es la intención de hacer daño u ofender a alguien, ya sea mediante insultos o comentarios hirientes, o bien físicamente, a través de golpes, violaciones, lesiones, etc.

Rechazo: es el proceso y la consecuencia de rechazar, resistir, negar o refutar. Al manifestar o concretar el rechazo hacia algo, la persona deja en evidencia que no lo acepta o no tolera.⁵⁷

Resentimiento: El resentimiento de los seres humanos es consecuencia de la ausencia del amor a sí mismo, producida por el narcisismo individual y colectivo, con la consiguiente pérdida de la conciencia de la inseparabilidad entre el amor propio y el amor al otro y lo cual origina diferentes sentimientos y actitudes hacia

⁵⁷ Julián Pérez Porto, M. M. (2015). *Definición de rechazo*. Obtenido de <https://definicion.de/rechazo/>

algo o alguien, de tal modo que causa ira y enfurecimiento e incapacidad para perdonar al otro.⁵⁸

Odio: según el diccionario de la Real Academia Española⁵⁹ se entiende como “la antipatía y aversión hacia algo o hacia alguien cuyo mal se desea”.

Aceptación: según el diccionario de la Real Academia Española⁶⁰ se define como acción y efecto de aceptar.

Violencia Psicológica: La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶¹ define la violencia como: «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, “daños psicológicos”, trastornos del desarrollo o privaciones.»

7.6 Mecanismos de afrontamiento de la familia del alcohólico

Según González Paullada, A.T. 2005 (citado en Pilataxi)⁶² No solo es el adicto quien en las primeras fases justifica en diferentes grados su consumo, generalmente con el pretexto de la automedicación o el reproducir normas sociales de sus coetáneos, sino también, los propios familiares que durante las etapas iniciales pasan por alto los primeros indicios, hasta que el peso de la evidencia impide la continuación de ese falso recurso de afrontamiento.

⁵⁸ Ballesteros, J. (2017). *Por una rebeldía sin resentimiento: contra la desigualdad obsena y el populismo*. Obtenido de Universitat de València: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/56293/1/14294-45237-1-PB.pdf>

⁵⁹ Española, R. A. (s.f.). Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=QuL6cti>

⁶⁰ Porto, op. cit.

⁶¹ Salud, O. M. (2002). SINOPSIS. Ginebra. Obtenido de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf

⁶² Pilataxi, op. Cit.

Y esfuerzos por modificar las emociones y los sentimientos determinados por la contingencia de la adicción: Este modo de afrontamiento, que resultaría efectivo ante situaciones menos angustiosas, es ineficaz ante este problema.

A continuación, se desarrollan los mecanismos:

Huida o escape: El recurso más desesperado y absurdo del propio paciente es el que llamamos evasión secundaria, que lleva al consumo para olvidar las consecuencias del propio consumo. Esfuerzos por modificar la percepción y valoración de la situación.

Esfuerzos por enfrentar y modificar la causa del conflicto afrontado: de modo que la familia también “toque fondo”. Es ir a la raíz del problema y se expresa con el inicio del tratamiento rehabilitatorio, luego que el sujeto y la familia se declaren impotentes ante el tóxico.

Los mecanismos defensivos: Un mecanismo de defensa del yo deviene solo cuando su uso persistente conduce a un comportamiento inadaptado, de tal modo que la salud física y/o mental del individuo se ve afectada desfavorablemente.

Solución de problemas y la teoría del procesamiento de la información: El objetivo de este es analizar los procesos seguidos durante la solución de problemas bien estructurados y a su vez esta se caracteriza porque el sujeto trata de resolver un problema, dependiendo de la interacción de tres elementos: PI, estructura del medio ambiente de la tarea y espacio problema desarrollados a continuación:

El Sistema de Procesamiento de Información (PI) del sujeto: tiene unas características generales invariantes que son: un sistema adaptativo flexible que actúa de manera serial o secuencial, es decir por etapas o con una serie de limitaciones puntuales, que viene siendo limitada.

Estructura del Medio Ambiente de la Tarea: Características objetivas del enfermo problema y como las describe el familiar, de tal modo que se determinen posibles estrategias para solucionar el problema.

Espacio Problema: Interpretación y representación personal que hace el sujeto del ambiente de la tarea, es decir como el familiar interpreta y representa el ambiente según su propia concepción de lo sucedido.

Búsqueda de culpables: La culpa es una de las emociones más destructivas que experimentamos por algo que ha ocurrido en el pasado, pero el alcoholismo que sufren estas familias no es un error personal, deben abandonar la sensación de culpa que sienten.

7.6 Afrontamiento de los conyugues ante el alcoholismo

Posteriormente Aubrion 1994⁶³ habla de varios tipos de conyugues los cuales afrontan el alcoholismo de distintas maneras, desarrollados a continuación:

Conyugue motivo: La pareja que, por su estilo de relación emocional con el alcohólico, justifica claramente el problema, se caracteriza por ser desagradable e irritante, la frialdad, y la indiferencia frente a su pareja, en cierto modo facilitan el alcohol como alternativa para su esposo/a.

Conyugue condicionado: este conyugue es la mayor parte de las ocasiones una mujer, ya que adoptan el papel de justificado-ras, suelen disculpar, aceptar y adaptarse al problema sin plantear crisis o cambios.

Conyugue inadaptado: Este tipo de compañero, suele ser una persona con muy buenas intenciones en lo que al tratamiento se refiere, pero con pocas

⁶³ Aubrion, J. (1994). "Ensayo sobre la función de algunos cónyuges en la inducción de la conducta alcohólica". Revista Española de Drogo dependencias. 19 (4) 350-353.

estrategias para resolver el problema. En general dinamiza la autoestima del alcohólico con reproches, amenazas, excesiva vigilancia, pero sin cambios en las contingencias conductuales, por lo que no son efectivos.

Conyugue masoquista: En este caso no se entendería el masoquismo como una patología psicológica, sino más bien como una filosofía de vida que caracteriza a determinados colectivos, que entienden la vida como periodo de sufrimiento obligado, o tal vez este “masoquismo” sea realmente patológico, con lo que, a la hora de iniciar un tratamiento habrá que intervenir sobre los dos miembros de la pareja.

Conyugue beneficiario: Es simplemente la no oposición al consumo de alcohol de la pareja, por una serie de motivos personales que implican un beneficio, ya sea la dominación de la pareja o una manera de alejarlo del funcionamiento familiar.

7.7 Terapia Sistémica.

Referente a los acercamientos más usuales en el mundo de la familia es el de la teoría sistémica, que ve a la familia como un sistema abierto que interacciona con los distintos subsistemas que la componen y con su entorno, además de pasar por distintas etapas.⁶⁴

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el modelo estructural o sistémico el cual estudia al individuo y su contexto social constituido por técnicas y teorías que se basan en el estudio del individuo, de tal modo que la terapia trata de explicar y organizar la estructura actual de cada familia, así mismo se

⁶⁴ Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

centra en el funcionamiento y organización de la misma e intenta organizar la estructura cuando hay cambios en ella.

Por lo cual hay modificaciones consecuentemente en las posiciones de cada uno de ellos, debido a que el individuo se interrelaciona entre sí con el contexto que lo rodea, es decir que no solo el individuo se debe adaptar al medio sino que el medio se debe adaptar a él, de igual forma la terapia se basa en organizar y reestructurar la familia debido a los cambios que se han dado en ella, de tal modo que su funcionamiento y adaptabilidad a sus nuevas condiciones de vida se genere con plenitud y normalidad.⁶⁵

Dicho lo anterior se interiorizo en esta teoría debido a la importancia y relación que tiene con la investigación llevada a cabo, puesto que el hecho de que haya una persona alcohólica dentro de la familia es causante de cambios significativos y constantes en ella y por lo cual los roles familiares tienden a cambiar por el hecho de que el alcohólico no solo deja su rol que tiene dentro de la familia a causa de su enfermedad, sino que responsabiliza al resto de la familia a ocuparse de los deberes que ha tenido dentro de su rol y es aquí donde se da el cambio de roles y donde tiende a volverse en una familia co-dependiente de su familiar alcohólico.

De igual forma el objetivo de la terapia estructural es conocer e indagar sobre el pasado del individuo para así lograr llegar a la interpretación del presente, de tal modo que se logre encontrar una solución con la información obtenida de su pasado y los hechos que lo conllevaron a la problemática actual, de este modo las limitaciones y temores se convierten en las soluciones⁶⁶ “el presente del individuo es su pasado más su circunstancias”.⁶⁷

⁶⁵Ibíd.

⁶⁶MINUCHIN, Salvador. (1996-1997). Perspectivas sistémicas. (46).

⁶⁷MINUCHIN, Salvador. (2004). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.

Reestructuración en la familia: las operaciones de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico.

La reestructuración se basa en utilizar a la misma familia, con el fin de generar cambios en ella para impulsarla a la dirección de las metas, el terapeuta debe utilizar su posición de liderazgo para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse, éste a su vez debe acomodarse a la familia y mantener una posición de liderazgo, debe adaptarse lo suficiente.

De tal modo que logre incorporarse en ella, pero también debe conservar la libertad de intervenir, para de este modo acomodar a los miembros de la familia para lograr los objetivos planteados, si por otro lado el terapeuta no se une a ella, perderá su libertad de acción y de este modo pierde el poder de intervenir para imponer intervenciones reestructurantes.

Seguidamente el terapeuta no hará otra cosa mas que unirse a la familia disfuncional, de modo que ayude a mantener las pautas transaccionales inadaptadas que debe reestructurar. “las familias con esquemas disfuncionales crónicos solo pueden ser ayudadas si modifican estos esquemas.”⁶⁸

De este modo el terapeuta debe intervenir y hacer que estos cambios se den dentro de la dinámica familiar conjuntamente con la familia realizando operaciones que faciliten la evolución, el terapeuta debe ir mas allá de la auto descripción de la familia y de este modo analizar las problemáticas que puedan tener dentro de su dinámica familiar, optando por cambiar los patrones de comportamiento que cada miembro de la familia pueda tener.

⁶⁸MINUCHIN, Salvador. (1986). Familias y terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa.

Y de este modo tener un contexto familiar más ameno y más llevadero teniendo en cuenta que la familia es el centro de la sociedad y por ende del funcionamiento de esta dependen muchos aspectos.

Simultáneamente esta terapia se enfoca no solo en el individuo sino en la familia, teniendo en cuenta que el individuo muchas veces no es el problema real o si lo es, es debido a los antecedentes familiares o personales de él y los cuales lo han conllevado al actual estado; el ser humano no es un ser aislado sino todo lo contrario, es decir que esta consecuentemente interactuando con el contexto.

De tal modo que la interacción que tiene el sujeto con su ambiente influye en él, aspectos muy importantes como la familia, la escuela, las amistades y toda la parte social, seguida por la cultura tiene una influencia en el desarrollo de la personalidad de cada individuo, el cual es influenciado por todos y cada uno de los aspectos que lo rodean en su diario vivir y a su vez la familia es un sistema sociocultural cambiante, expuesto a todo de tipo de cambios y por lo cual la terapia estructural hace que cada miembro de la familia se adapte a las circunstancias cambiantes dentro y fuera de ella.

8. MARCO CONCEPTUAL

Esta investigación parte de unos conceptos claves, debido a la importancia que le brindan a la misma, como lo son roles familiares y estudio de caso. Desarrollados a continuación:

8.1 Roles familiares

Para Minuchin, 1986⁶⁹ según el enfoque sistémico los roles en la dinámica familiar son “los aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros”.

De igual forma se resalta en esta investigación el modelo psicopatogénico el cual fue desarrollado en el transcurso de experiencias con varias familias en las que los pacientes identificados presentaban síntomas psicopatológicos y psicogénicos sumamente diversos y como consecuencia de ello, las intervenciones de un terapeuta que utiliza este modelo no se limitan simplemente a sus propias respuestas y a las pautas transaccionales habituales de la familia.

De tal modo que cuando se une a una familia, dispone de un modelo para guiar sus indagaciones, en relación con el cual puede examinar las circunstancias específicas de la familia. Seguidamente este modelo se basa en tres factores los cuales se enfocan en la organización y funcionamiento familiar, implicación del individuo en el conflicto parental y vulnerabilidad fisiológica, de este modo la familia implicada se caracteriza de la siguiente manera:

⁶⁹Ibíd

Familia aglutinada en la cual la intimidad e individualización de cada miembro de la familia no existe porque se encuentra rigurosamente limitada dentro de la dinámica familiar, de modo que interfieren en las decisiones y se encuentran excesivamente implicados entre sí, de igual forma son familias muy posesivas dentro de su dinámica familiar en las cuales los límites interpersonales son difusos, hay sobreprotección, rigidez, falta de resolución de conflictos.

De igual forma los subsistemas también son difusos y tienden a la confusión de roles, de modo que es una familia sobreprotectora en la cual los miembros se preocupan excesivamente por el bienestar de los demás. Dicho lo anterior en la familia con un miembro alcohólico se tiende muy comúnmente a tener este mismo modelo debido a que la familia gira en torno al paciente enfermo.

Por lo cual todos los miembros de la familia se ven implicados en los conflictos que se presenten a diario en su dinámica familiar; estas familias muy seguidamente no optan por tener cambios en ella, debido a que para ellos su dinámica familiar no es la que tiene problemas sino todo su contexto social en el cual tienden a criticar.

De modo que si alguno de los miembros debe salir de casa es solo debido a que por fuerza mayor debió hacerlo, de lo contrario, este siempre estará dentro de ella e incluso su familia seguirá interviniendo en su vida personal y en caso tal de tener un conyugue será de igual manera y de este modo ninguno de los miembros de la familia tendrá vida propia sin que el resto de su familia interfiera en todas sus decisiones.

Finalmente, estas familias tienden a no aceptar los problemas que se presentan en ella, debido a la enfermedad que sufre su familiar o por el contrario una parte de la familia acepta y hace lo posible por solucionar esta problemática, mientras que el resto de ella no lo acepta y por lo cual tratan de evitarla o se generan muy seguidamente discusiones al respecto, pero no aceptan la problemática real que se está presentando dentro de su familia.

A su vez conlleva a la familia a conflictos constantes en los cuales no se llega a común acuerdo ni se resuelven, puesto que se involucra al paciente enfermo en los conflictos, ya sea porque el resto de la familia lo involucra o se involucra a sí mismo para tratar de mediar en los conflictos con el fin de no generar conflictos más graves.

De este modo el Trabajador Social debe intervenir con el fin de controlar las crisis y conflictos, puesto que se generen cambios en ella y a su vez la familia aprenda de su propia experiencia a manejar sus relaciones mutuas en formas nuevas y diferentes. (Minuchin, 1986).⁷⁰

8.2 Estudio de caso

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó el estudio de caso como método de investigación, debido a la gran importancia e incidencia que tiene en las ciencias sociales, de tal modo que permite el estudio entre causa, efecto y principio u origen, por tanto, se plasma en una teoría y a su vez el método utiliza la experiencia para transmitir el conocimiento, de igual forma responde a las preguntas de ¿cómo? y ¿por qué? del fenómeno a investigar.

De tal manera que el estudio de caso debe estar precedido por la observación y la teoría conformada por la recolección de datos obtenidos del pasado y los resultados obtenidos en la finalización de la investigación realizada.⁷¹

Según Crespo, 2000 (citado en Yacuzzi, 2005)⁷² el autor hace referencia a:

⁷⁰Ibíd., pp. 328-332.

⁷¹Yacuzzi, E. (2005)., p.3 El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. Obtenido de Serie documentos de trabajo: <http://hdl.handle.net/10419/84390>

⁷² Ibíd., p. 3.

“la racionalidad de las tareas administrativas es una racionalidad práctica que utiliza instrumentos técnicos y estima con prudencia su validez y factibilidad, teniendo en mente las circunstancias culturales e históricas concretas y, sobre todo, la personalidad de quienes componen la firma. De allí que el método del caso aparezca como un procedimiento extremadamente apropiado para su enseñanza.”

Así mismo Yin, 1994 (citado por Yacuzzi, 2005)⁷³ define el estudio de caso como:

Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.

Finalmente se deben seguir unos pasos para la implementación de un estudio de caso según George et al.,2005 y Yin 1994 citado en (Yacuzzi, 2005)⁷⁴

1. Diseño de estudio: se establecen los objetivos del estudio, se realiza el diseño propiamente dicho, y se elabora la estructura de la investigación. Es importante determinar si nuestra investigación tiene por objetivo la predicción, o la generación de teorías, o la interpretación de significados, o una guía para la acción
2. Realización del estudio: se prepara la actividad de recolección de datos y se recoge la evidencia, en todas las fuentes del caso.

⁷³Ibíd.

⁷⁴Ibíd.

3. Análisis y conclusiones: se analiza la evidencia a través de los resultados obtenidos realizados en el trabajo de campo.

9. MARCO LEGAL

9.1 Legislación consumo y prevención de sustancias psicoactivas.

De conformidad con la Constitución Política, Colombia es un Estado Social de Derecho fundado en la solidaridad de las personas que lo integran y en la prevalencia del interés general, en el cual las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares; a quienes se les garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin embargo, el alcoholismo es un problema que afecta a la población del país, más específicamente a los jóvenes, en este sentido se reglamenta el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes por medio de la Ley 124 de 1994, la cual prohíbe expendio de bebidas embriagantes a menores de edad, esta Ley establece la prohibición de expendio de bebidas embriagantes a menores de edad estableciendo que toda publicidad, identificación o promoción sobre bebidas embriagantes debe hacer referencia expresa a la prohibición establecida en esta ley. Además, deroga el artículo 14 de la Ley 30 de 1986

dichas regulaciones evidencian que se ha requerido la intervención de estado, el cual ha dado respuestas, creando instituciones y legislación que permitan la prevención del consumo a temprana edad, debido a sus efectos en la salud, En este sentido la Ley 100 de 1993 Crea el nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia, donde los colombianos se les garantiza el derecho a la salud a los colombianos, en este sentido en el año 2002 se dicta la resolución 2309 de 2002, por medio del cual se crea el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en el salud del Sistema general de seguridad social en salud.

En cuanto a la prevención, se dictó la resolución 196 de 2002 y es por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y alcohólicas y se dictan otras disposiciones.

También se estableció el acuerdo 322 de 2005, el cual fija el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención, durante el año 2006, y se plantea la una política Nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas igualmente se establecen los lineamientos generales de la política del Gobierno Nacional sobre reducción del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

Para el año 2010 se dicta el decreto 120 de 2010, por medio del cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol, el ordenamiento legal dispone que el Estado y la sociedad deben garantizar la protección integral de la familia y que ésta, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico y el ejercicio pleno de sus derechos, los cuales prevalecen sobre los derechos de los demás; mientras que el artículo 45 de la misma Carta señala que el adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral; Que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, mientras que es deber de toda persona procurar el cuidado integral de su salud y de la comunidad.

De igual forma la Ley 1566 de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas.

De acuerdo a esta ley el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la

comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

9.2 Sentencia T-1325/01

DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad con la vida

TRATAMIENTO MEDICO-Juez solo puede ordenar lo indicado por el médico tratante

Los jueces deben ordenar únicamente la práctica de los tratamientos indicados por los médicos tratantes y que son sólo ellos quienes, debido a que son los que disponen del experticio del cual carece el abogado, pueden determinar si un tratamiento contemplado en el POS es idóneo para sustituir a uno no contemplado en el mismo. En términos generales, los jueces carecen del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular. Por ello, podría, de buena fe, pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, tal como aconteció en esta oportunidad –lo cual supone un desaprovechamiento de los recursos– o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos.

TRATAMIENTO MEDICO-Síndrome de abstinencia por consumo de alcohol

La enfermedad que adolece el señor Bolívar Bustamante, adicción al alcohol,

presenta una particularidad que requiere de estudio. En efecto, el alcoholismo presenta, desde el punto de vista jurídico, varias características relevantes y concurrentes: (i) se trata de una afección que es el resultado del deseo repetido de quien consume alcohol, es decir, el alcoholismo no surge instantáneamente sino que su desarrollo supone una conducta continuada en el tiempo; (ii) el consumo de alcohol puede generar cambios profundos en el comportamiento de la persona –a diferencia de otras adicciones como el tabaco– que pueden afectar las relaciones interpersonales del alcohólico y amenazar derechos de terceras personas; (iii) superar el alcoholismo requiere del concurso decidido y constante de la voluntad de la persona que consume alcohol –aunque dicha voluntad podría ser insuficiente–.

TRATAMIENTO MEDICO-Requiere consentimiento del paciente

El tratamiento sólo será realizado con el consentimiento del peticionario. El no podrá ser obligado a realizarlo, pero ello no implica que no pueda haber intentos de persuasión familiar y médica. Si el actor abandona el tratamiento o muestra desinterés por el mismo, de forma tal que los médicos tratantes encuentren y certifiquen que en tales condiciones éste resulta ineficaz, cesará toda obligación de la E.P.S. de financiarlo. Igualmente cesará toda obligación por parte de la E.P.S. si el paciente llegase a reincidir en la adicción que lo afecta.

9.3 Referencia: expediente T-464034

Acción de tutela instaurada por Jaime de Jesús Bolívar Penagos en contra de Coomeva Seccional Bogotá

Magistrado Ponente:

MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Bogotá, D.C., siete (7) de diciembre de dos mil uno (2001)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados, Manuel José Cepeda Espinosa, Jaime Córdoba Triviño y Rodrigo Escobar Gil, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente.

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo proferido por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Medellín dentro del proceso de tutela instaurado por Jaime de Jesús Bolívar Penagos en contra de Coomeva Seccional Bogotá

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

Jaime de Jesús Bolívar Penagos presentó acción de tutela en nombre de su hijo de 26 años, Juan Alejandro Bolívar Bustamante, en contra de Coomeva Seccional Bogotá por considerar que ésta vulneró los derechos a la salud, la seguridad y la vida digna de su hijo –quien tiene la condición de beneficiario de la accionada– por abstenerse reconocer la atención médica solicitada. Los hechos que sirven de fundamento del amparo solicitado se resumen en los siguientes términos:

1.1. Según afirma el accionante, el señor Bolívar Bustamante requería de un tratamiento de desintoxicación por sufrir de una enfermedad cuyo nombre es Síndrome de Abstinencia.

1.2. Indica que desde hace más de dos años se cotiza a Coomeva lo correspondiente a la seguridad del señor Bolívar Bustamante.

1.3. Considera que "[...] con la no autorización del tratamiento clínico por parte de la EPS COOMEVA se le están violando flagrantemente los derechos de la salud, la seguridad social y de contera el derecho a la vida digna en condiciones normales al señor JUAN ALEJANDRO BOLIVAR PENAGOS".

1.4. El 4 de abril de 2001 interpuso acción de tutela ante el Juzgado de Reparto Civil del Circuito de Medellín, para buscar la protección de los derechos mencionados.

1.5. Solicitó que se ordenara a Coomeva hacerse cargo del tratamiento clínico de rehabilitación requerida por el señor Bolívar Penagos.

1.6. Correspondió al Juez Segundo Civil del Circuito de Medellín conocer de la tutela interpuesta.

1.7. El 17 de abril de 2001, el apoderado de Coomeva según consta en el expediente, envió al referido despacho un documento en el que se da respuesta a las pretensiones expresadas por el actor en la demanda interpuesta.

1.8. El apoderado de la accionada indica que el señor Bolívar Penagos es cotizante de Coomeva desde el 23 de octubre de 1998 y que tiene como beneficiario al señor Bolívar Bustamante; que Coomeva ha prestado hasta la fecha todos los servicios solicitados que se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud; que el tratamiento solicitado por el accionante para su hijo –que consiste en tratamiento de desintoxicación– se encuentra excluido del Plan Obligatorio de Salud "[...] porque no se refiere al manejo de la fase crítica de la enfermedad, es decir su propósito no es lograr la estabilización inicial del paciente".

1.9. Afirma que de acuerdo con el inciso 2° del artículo 7° del Decreto 806 de 1998 compete al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinar el

alcance del Plan Obligatorio de Salud.

1.10. Hace mención del artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994, cuyo literal J excluye del POS lo siguiente: "Tratamiento con sicoterapia individual, psicoanálisis o sicoterapia prolongada. No se excluye la sicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y sólo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta treinta días de evolución".

1.11. Afirma que como los dineros que recauda Coomeva provienen del público para atender el servicio público de salud, se encuentra en la obligación de acogerse a las limitaciones del Plan Obligatorio de Salud, con el fin de "optimizar al máximo los pocos recursos que le quedan a la EPS para cubrir todas las contingencias que presentan los cotizantes y su grupo familiar básico"

1.12. Indica que tanto el Ministerio de Salud como el de Hacienda y Crédito Público han expresado que el criterio de equidad exige la imposición de límites a los servicios médicos que se hayan cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, pues un gasto demasiado alto en algunas personas podría implicar que otras dejaran de tener acceso a la atención médica.

1.13. En consecuencia, solicita que se niegue la tutela interpuesta por el accionante.

1.14. En fallo del veinticinco (25) de abril de 2001, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Medellín, decidió no conceder el tratamiento solicitado pero ordenó a Coomeva que atendiera el caso de Juan Alejandro Bolívar Bustamante mediante la terapia grupal.

1.15. Mediante auto del quince (15) de junio de dos mil uno (2001), la Sala de Selección Número Seis (6) de la Corte Constitucional resolvió seleccionar para

su revisión el expediente.

2. Sentencia de primera instancia

Correspondió al Juez Segundo Civil del Circuito de Medellín conocer de la demanda interpuesta.

Luego de analizar la naturaleza del derecho a la salud y de hacer mención de algunos fallos proferidos por esta Corporación en los que se aborda el tema, indica el Juez Segundo Civil del Circuito de Medellín que "[...] observa esta Agencia Judicial que el artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994, que trata sobre las exclusiones y limitaciones del POS, en su literal J. incluye las terapias grupales, que tienen por objeto la rehabilitación de la enfermedad del paciente, y por ende, como protección alternativa, acorde con el artículo 44 del Decreto 2591 de 1991, se ordenará a la EPS Coomeva le realice al señor JUAN ALEJANDRO BOLIVAR BUSTAMANTE dicho procedimiento"

3. Pruebas practicadas por la Sala

Mediante auto del diez (10) de agosto de 2001, esta Sala de Revisión solicitó al médico tratante del señor Bolívar Bustamante que diera información, primero, sobre el tipo de tratamiento que se requiere para la atención del Síndrome de Abstinencia, de acuerdo con su gravedad y sus implicaciones para el paciente, y segundo, sobre la eficiencia que presenta la terapia grupal respecto de la patología descrita, según lo ordenado por el Juez Segundo Civil del Circuito de Medellín.

El gerente del Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental, Carisma, Dr. Mario Alberto Zapata Vanegas, y el Dr. Luis Fernando Giraldo Ferrer, médico psiquiatra de dicho centro, respondieron las preguntas

señaladas.

Indican que "El síndrome de abstinencia depende del grado de dependencia física, del tiempo de consumo [de alcohol], de la cantidad del consumo y de la susceptibilidad individual. [...] En el caso del paciente citado, se sugirió manejo hospitalario por el tiempo del consumo, el antecedente de síndrome de abstinencia moderados a severos y la escasa capacidad de autocontrol, buscando además del control de su síndrome de abstinencia la desintoxicación y el inicio de un proceso de rehabilitación. Es de anotar que el paciente además sufre retardo mental leve y agresividad importante con el consumo. El síndrome de abstinencia alcohólico leve o moderado es de manejo ambulatorio, si no existen complicaciones psico-sociales. El síndrome de abstinencia severo es de manejo hospitalario".

Respecto de la segunda pregunta, respondieron: "Los grupos de apoyo y psicoterapéuticos **no son útiles en el manejo del síndrome de abstinencia**. Dicha herramienta es útil en el mantenimiento de la abstinencia, una vez pasado el síndrome de abstinencia, aguda y lograda una desintoxicación" (negritas fuera de texto).

Posteriormente, mediante auto del catorce (14) de septiembre de 2001, esta Sala de Revisión solicitó al médico tratante del señor Bolívar Bustamante que diera información sobre el origen y la evolución del alcoholismo que lo afecta y sobre el grado de conciencia que tiene, dado el retraso mental que padece, de su condición de alcohólico.

El gerente del Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental, Carisma, Dr. Mario Alberto Zapata Vanegas, y el Dr. Francisco Hernán Sierra, médico coordinador del área terapéutica del centro, respondieron las preguntas señaladas.

Afirman que "El paciente inició su consumo desde temprana edad y este consumo estuvo acompañado de comportamientos violentos y desorganizados que lo pusieron siempre en dificultad con su grupo familiar y social".

Respecto del segundo interrogante señalan que "La familia aduce que ha presentado este retardo mental desde el inicio en el consumo, lo que nos hace inferir que este retardo no ha sido causado por el alcoholismo, mas sí agravado por el consumo masivo de licor. Actualmente el paciente tiene poca conciencia de su enfermedad alcohólica que le permite abstenerse del consumo".

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

1. Competencia

La Corte Constitucional, a través de esta Sala, es competente para revisar las providencias proferidas por los jueces de instancia dentro del proceso de la referencia, en desarrollo de las facultades conferidas en los artículos 86 y 241 numeral 9 de la Constitución Política, y de conformidad con los artículos 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema jurídico

De acuerdo con los hechos reseñados, procede la Corte Constitucional a establecer si se vulneraron los derechos fundamentales a la salud, la seguridad social y la vida del señor Juan Alejandro Bolívar Bustamante, hijo del accionante, por parte de la E.P.S. Coomeva al abstenerse de practicar el tratamiento médico solicitado para atender la patología presentada por aquél.

3. Consideraciones

3.1. La Corte Constitucional ha reiterado en varias oportunidades que el hecho de que un tratamiento determinado no se encuentre en el POS no significa, como lo entiende el juez, que este no deba ser suministrado. En otras oportunidades, esta Corporación ha afirmado:

“El asunto bajo revisión: tratamientos y exámenes excluidos del POS y derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida

2- La EPS Colmena Salud negó la práctica del examen carga viral contra la Hepatitis C al peticionario, que había sido solicitado por el médico tratante, ya que tal examen no figura expresamente dentro de las coberturas establecidas por el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (POS). El actor argumenta que esa decisión vulnera su derecho a la salud, en conexidad con la vida, ya que le impide acceder a un diagnóstico, que es necesario para continuar un tratamiento que es vital. Para resolver el presente caso, la Corte comenzará por recordar brevemente su jurisprudencia sobre la procedencia de la tutela para obtener tratamientos y exámenes que no se encuentran incluidos en el POS, para luego analizar el caso concreto.

3- En reiterada jurisprudencia, esta Corte ha señalado que, salvo en el caso de los niños, el derecho a la salud no es fundamental, pero puede adquirir, por conexidad, ese carácter, si la ausencia de un tratamiento pone en peligro un derecho fundamental de la persona, y en especial el derecho a la integridad física y a la vida en condiciones dignas. Por ello, esta Corporación ha señalado que procede que el juez de tutela ordene “la prestación de los servicios de salud, a los

cuales las personas no tienen el derecho fundamental a acceder, cuando sin ellos se haría nugatoria la garantía a derechos constitucionales fundamentales como la vida y la integridad personal, pues frente a estos derechos, inherentes a la persona humana e independientes de cualquier circunstancia ajena a su núcleo esencial, no puede oponerse la falta de reglamentación legal (decisión política) o la carencia de recursos para satisfacerlos.”

“4- En ese orden de ideas, y siguiendo los anteriores lineamientos jurisprudenciales, esta Corporación también tiene bien establecido que la existencia de exclusiones y limitaciones al Plan Obligatorio de Salud (POS) es también compatible con la Constitución, ya que representa un mecanismo para asegurar el equilibrio financiero del sistema de salud, teniendo en cuenta que los recursos económicos para las prestaciones sanitarias no son infinitos. Sin embargo, en determinados casos concretos, la aplicación rígida y absoluta de las exclusiones y limitaciones previstas por el POS puede vulnerar derechos fundamentales, y por eso esta Corporación ha inaplicado la reglamentación que excluye el tratamiento o medicamento requerido, para ordenar que sea suministrado, y evitar, de ese modo, que una reglamentación legal o administrativa impida el goce efectivo de garantías constitucionales y de los derechos fundamentales a la vida y a la integridad de las personas. Sin embargo, no en todos los casos procede la inaplicabilidad de las disposiciones legales o reglamentarias sobre la materia, pues no siempre ellas significan vulneración de derechos constitucionales fundamentales. En efecto, se requiere que la falta del medicamentos o tratamientos excluidos por la reglamentación legal o administrativa, amenace los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado, pues no se puede obligar a las Entidades Promotoras de

Salud a asumir el alto costo de los medicamentos o tratamientos excluidos, cuando sin ellos no peligran tales derechos.

Por ende, y siguiendo, *mutatis mutandi*, los criterios establecidos por esta Corte en los casos de períodos de carencia, la Corte recuerda que la aplicación sin contemplaciones de las limitaciones y exclusiones previstas en las regulaciones que definen el POS vulnera el derecho constitucional a la vida y a la integridad física, de quien necesita el tratamiento no incluido en el POS, cuando (i) la falta del tratamiento vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere; (ii) ese tratamiento no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el POS; (iii) el interesado no puede directamente costear el tratamiento ni las sumas que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no puede acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el tratamiento ha sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. de quien se está solicitando el tratamiento.

En tales eventos, la EPS se encuentra obligada a prestar el servicio, pero, como es obvio, y para preservar su equilibrio financiero, tiene derecho a repetir contra el Estado, específicamente contra el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, tal y como esta Corporación lo ha señalado en sentencias precedentes.”

3.2. La Corte encuentra en esta oportunidad que si bien se cumplen los cuatro requisitos exigidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional para la procedibilidad de la acción de tutela en las oportunidades en las que una E.P.S. se niega a proporcionar un tratamiento determinado por no hallarse en POS, el caso requiere de un análisis especial en razón de sus particularidades. En efecto:

a. De acuerdo con las pruebas aportadas por Carisma, el señor Bolívar Bustamante sufre de síndrome de abstinencia de moderado a severo. Las características del síndrome de abstinencia severo consisten, según este mismo centro de rehabilitación, en que "[...] se presenta desorientación, alucinaciones visuales, agitación motora, ansiedad intensa, insomnio, temblor, deshidratación, incluso se pueden presentar convulsiones de tipo 'gran mal'".

Es evidente, pues, que una persona que padece los síntomas descritos no goza de su derecho a la integridad física y mental.

b. La prueba aportada por Carisma señala que el tratamiento que ordenó el *a quo* con el fin de atender la solicitud del accionante es inadecuado respecto de la situación médica en la que se encuentra el señor Bolívar Bustamante, y que el tratamiento preciso es el sugerido inicialmente por ellos, es decir, "manejo hospitalario".

Sea ésta la oportunidad para señalar que los jueces deben ordenar únicamente la práctica de los tratamientos indicados por los médicos tratantes y que son sólo ellos quienes, debido a que son los que disponen del experticio del cual carece el abogado, pueden determinar si un tratamiento contemplado en el POS es idóneo para sustituir a uno no contemplado en el mismo.

En términos generales, los jueces carecen del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular. Por ello, podría, de buena fe, pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, tal como aconteció en esta oportunidad –lo cual supone un desaprovechamiento de los recursos– o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos.

c. El tratamiento fue prescrito por un médico adscrito a Coomeva, la E.P.S. a la que se le solicita el tratamiento indicado, tal como se deduce de la existencia de su sello sobre el diagnóstico médico del señor Bolívar Bustamante.

3.3. No obstante lo anterior, a pesar de la existencia de los elementos analizados, la enfermedad que adolece el señor Bolívar Bustamante, adicción al alcohol, presenta una particularidad que requiere de estudio. En efecto, el alcoholismo presenta, desde el punto de vista jurídico, varias características relevantes y concurrentes: (i) se trata de una afección que es el resultado del deseo repetido de quien consume alcohol, es decir, el alcoholismo no surge instantáneamente sino que su desarrollo supone una conducta continuada en el tiempo; (ii) el consumo de alcohol puede generar cambios profundos en el comportamiento de la persona –a diferencia de otras adicciones como el tabaco– que pueden afectar las relaciones interpersonales del alcohólico y amenazar derechos de terceras personas; (iii) superar el alcoholismo requiere del concurso decidido y constante de la voluntad de la persona que consume alcohol –aunque dicha voluntad podría ser insuficiente–.

3.4. En esta oportunidad la Corte toma en consideración que la persona enferma de alcoholismo sufre también de retraso mental. Ello explica que, en la actualidad, el señor Bolívar Bustamante carezca de conciencia suficiente respecto de su condición de alcohólico y que su voluntad para decidir suspender el consumo esté también afectada.

Esta Corporación también toma en consideración que, según las pruebas aportadas por el gerente y el coordinador del área terapéutica de Carisma, la familia del señor Bolívar Bustamante, se haya visto "en dificultad" a causa de los comportamientos violentos en que incurre el señor Bolívar como consecuencia del consumo de alcohol.

Por ello, en atención a la falta de conciencia por parte del señor Bolívar Bustamante respecto de su condición de alcohólico como consecuencia del retraso mental que padece y a la necesidad de proteger la integridad de su familia, la Corte considera que debe prosperar la acción de tutela interpuesta por el señor Bolívar Penagos para que la E.P.S. Coomeva proporcione a su hijo el tratamiento que requiere para la atención de la patología que presenta y así lo ordenará.

En todo caso, el tratamiento sólo será realizado con el consentimiento del señor Bolívar Bustamante. El no podrá ser obligado a realizarlo, pero ello no implica que no pueda haber intentos de persuasión familiar y médica. Si el señor Bolívar Bustamante abandona el tratamiento o muestra desinterés por el mismo, de forma tal que los médicos tratantes encuentren y certifiquen que en tales condiciones éste resulta ineficaz, cesará toda obligación de la E.P.S. Coomeva de financiarlo. Igualmente cesará toda obligación por parte de la E.P.S. si el paciente llegase a reincidir en la adicción que lo afecta.

Señala también la Corte que, tal como ha sido indicado en su jurisprudencia, la E.P.S. tiene el derecho de repetir contra el FOSYGA para que le sea reconocido el costo del tratamiento ordenado.

III. DECISION

En consecuencia, se reitera la Sentencia T-1204 de 2000; M.P. Alejandro Martínez Caballero en los términos del presente fallo respecto del tratamiento para el síndrome de abstinencia entre moderado y severo en materia de alcoholismo de una persona con retardo mental leve que se torna agresiva como consecuencia del consumo de alcohol.

IV. RESOLUCION

En mérito de lo expuesto, la Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero. - REVOCAR el fallo proferido por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Medellín el veinticinco (25) de abril de 2001 en el que se decidió no conceder el tratamiento sugerido por el médico tratante, pero se decidió ordenar uno alternativo inadecuado para la atención de la patología del paciente, según concepto de la I.P.S. tratante.

Segundo. - CONCEDER la tutela interpuesta. En consecuencia, se ORDENA a la E.P.S. Coomeva S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contados a partir de la notificación de esta providencia, ordene a una institución médica adecuada para el efecto, que proporcione el tratamiento médico que requiere el señor Juan Alejandro Bolívar Bustamante. El tratamiento deberá estar disponible en el término de diez (10) días contados a partir de la notificación de esta providencia. En todo caso, la obligación de la E.P.S. Coomeva cesará por cualquiera de las siguientes razones: (i) que el paciente exprese su voluntad inequívoca de no someterse al mismo; (ii) que abandone el tratamiento; (iii) que no observe las condiciones y los requisitos necesarios para el éxito del tratamiento; (iv) que reincida en la adicción que lo afecta.

Tercero. - Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional y

cúmplase.⁷⁵

⁷⁵ DERECHO A LA SALUD. Síndrome de abstinencia por el alcohol, 2001.

10. METODOLOGÍA

10.1 Método

La metodología se compone de dos momentos básicos: el primero se refiere al estudio de las fuentes analíticas y teóricas de las cuales se nutre gran parte de la investigación. El segundo lo constituye el análisis mediante la observación utilizada en la Grecia antigua como un procedimiento científico y sistemático como técnica de estudio, se popularizó y difundió por los antropólogos Morgan, Tylor, Malinowski y otros, quienes hicieron de la observación un instrumento metodológico y de recolección de información.

10.2 Observación participante

La observación es sistemática y objetiva, la cual impide caer en algunos errores propios de la subjetividad, de la ambigüedad y de la confusión, nos permite tener una percepción de los hechos y la realidad objetiva de tal modo que elimina las deformaciones objetivas de otras técnicas indirectas como lo sugiere.⁷⁶

La recolección de la información se hará a partir de la observación participante muy utilizada en las investigaciones sociales hechas por los sociólogos en la cual se conoce el fenómeno a investigar a partir de la interacción con el sujeto; "la observación participante se plantea en dos niveles: natural, cuando el observador pertenece a la misma comunidad o grupo donde se investiga, y artificial, cuando el observador se integra en el grupo con el objeto de realizar una investigación"⁷⁷

⁷⁶GUTIÉRREZ, H. C. 2011., p. 290. Los elementos de la investigación como reconocerlos, diseñarlos y construirlos 1 ed. Magisterio.

⁷⁷Ibíd., p.298.

De modo que facilita el trabajo de recolección de datos, de igual forma la intervención a la población escogida en la muestra para identificar directamente cuales han sido los principales impactos en los miembros y en los roles de los hogares con pacientes que sufren de alcoholismo.

10.3 Método cualitativo

Para llevar a cabo los objetivos propuestos la investigación parte del método cualitativo de investigación el cual se utiliza para el análisis de datos y confiabilidad de los resultados obtenidos mediante el proceso investigativo en el cual se utilizan varios métodos y fuentes para investigar un solo problema , de igual forma se utiliza principalmente la entrevista y la observación para la recolección de datos y a su vez ajusta el análisis en la forma en que se describen los fenómenos observados.⁷⁸

10.4 Entrevista estructurada

Dicho lo anterior es de vital importancia este método debido a que los instrumentos utilizados en esta investigación son la entrevista estructurada⁷⁹ y la observación participante, la cual es parte del método cualitativo para el análisis de cada caso o de cada familia debido a que se realizaron entrevistas que indaguen a profundidad el tema investigado.

El método de investigación del presente trabajo tiene como base fundamental la entrevista estructurada “deben ser formuladas de acuerdo con el orden y los términos del cuestionario, de lo contrario, no existirán las condiciones objetivas para una posterior tabulación e interpretación de los datos e información obtenida”⁸⁰ y los aspectos básicos están en los trabajos realizados por comunidad de Alcohólicos Anónimos y la comunidad Al-Anon y los lineamientos

⁷⁸Ibíd., pp. 117-118.

⁷⁹Ver modelo de la entrevista estructurada en anexo 2.

⁸⁰Gutiérrez, op. Cit, p.326.

técnicos para la inclusión y atención de familias y pacientes que sufren de este flagelo.

10.5 Muestra

El trabajo se ejecutó con una población finita y accesible, con una muestra de 3 hogares de la ciudad de Popayán, los cuales tuvieron gran acogida al proyecto de investigación y optaron por participar muy amablemente en ella y brindando la información necesaria para obtener los resultados esperados a partir de cada objetivo planteado.

Con las 3 familias escogidas se obtuvo autorización para poder utilizar los datos obtenidos mediante la investigación, en la cual cada miembro de la familia me autoriza utilizar la información dada por cada uno de ellos sin divulgar sus nombres.

11.RESULTADOS

11.1 ENTREVISTA # 1 FAMILIAR DEL PACIENTE ALCOHÓLICO- MARÍA

P.1: ¿Cuánto tiempo su familiar consumió alcohol y usted sabe el motivo?

“Él dejó de consumir hace 25 años ya, duró un alcoholismo activo de 7 años permanente y dejó de consumir obviamente por la cantidad de inconvenientes que le trajo a su vida, los fondos que se tocaron” y ¿usted sabe el motivo que lo conllevó a él a empezar a tomar alcohol? “los fondos, los fondos es lo que no se toca, pero es lo que te hace cambiar y reaccionar el porqué de las cosas y la familia obviamente”.

P.2: ¿Usted de qué manera ve reflejado el cambio de los roles en su familia debido al consumo de alcohol de su familiar enfermo?

“En su tiempo claramente cuando el consumía alcohol, el rol de esposo o de padre, bueno él obviamente en su trabajo normal como jefe de casa, pero con su consumo ya va perdiendo credibilidad como autoridad, entonces al perder la credibilidad pues siempre la mujer está ahí al lado tomando el rol de padre y madre tanto respondiendo como en la parte económica como en la parte afectiva, sobre los hijos”.

P.3: ¿Cree usted que los roles familiares son importantes dentro de un hogar y por qué?

“Sí, es muy importante, siempre la autoridad de sus hijos ver a sus padres como guía, como direccionamiento, como el ejemplo a seguir, de igual manera los padres siempre somos patrones para nuestros hijos, entonces al ver en su infancia lo que ellos están viviendo pues la tendencia para mí son dos o ver ese espejo y tomar una decisión de no quiero vivir la vida que llevaba mi familiar

alcohólico sea padre, madre, hermano o lo que sea o muy sencillo a continuar el mismo ejemplo que ellos están viendo”.

P.4: ¿Durante el consumo de alcohol de su familiar, usted ha tenido alguna mala vivencia junto a él y cuál ha sido?

“Sí claro, si hace muchísimos años siempre cada fin de semana, o cuando ese enfermito alcohólico uno se da cuenta que está tomando, pues inmediatamente pasa ya ha afectar emocionalmente, porque empezamos con suposiciones, empezamos a imaginar cosas, el temperamento lo vamos calentando como se dice y él puede llegar bueno y sano pero ya uno es agresivo por los antecedentes que ya uno ha tenido o muy sencillo los miedos, aparecen muchos miedos, de cómo va a llegar ese enfermo alcohólico, con qué comportamiento va a llegar, con qué exigencias va a llegar, con qué comportamiento emocional en el momento va a llegar, no sabe uno su estado de ánimo y cómo va a llegar, con quién va a llegar o tal vez si no va a llegar.

Entonces es bastante grave uno vivir en ese remolino de emociones y como el corcho flotando todo el tiempo, nunca ve la hora de salir de eso, siempre se tiene la esperanza de que vamos a cambiar a esa persona, pero no sabemos que es una enfermedad, que necesita una comprensión, una ayuda y si lo afecta a uno totalmente.

Y él de un momento a otro cogía en medio de su borrachera y se despertaba y quería como irse a donde estaba, hubo una vez que yo aprendí como se desconectaba el carro del alternador para que no le pasara corriente y yo se lo quite y él en medio de su borrachera cogió el secador cortó el cable y lo empató el uno al otro y arrancó en ese carro.

Cosas como, una vez iba borracho y no se dio cuenta y había un puentecito y se cayó en ese puente, con un poco de matas se enredó, unas matas de mora y

pues yo pasé y dije pero por dónde cogió y no caí en cuenta que se había caído al río, casi se mata ese hombre apareció como si hubiera dormido con una gata, apareció súper arañado que yo pensé que había estado con otra y en medio de mis suposiciones y con mi enfermedad del contagio, pues eran cosas terribles que él hacía y siempre el payaso porque el alcohol te da diferentes estados de ánimo, primero te pone contento, efusivo, luego te pones como que el importante, si es tímido se vuelven súper conquistador, si no baila se vuelven el John Travolta y luego pasan a un poco a ser como el agresivo, luego pasan ya como que el arrepentido, le da la lloricosa que entonces todo el mundo es bueno, todo el mundo es querido, todo el mundo es mi hermano y empiezan a colgarse y todo es bonito, luego pasa a la parte depresiva y lo que te acabe decir que llora mucho y yo esto, y yo lo otro.

Todas son etapas de la enfermedad del alcoholismo y ya ahí el mío se me queda dormido, entonces tenía que estar preparada ya iba a la reunión y sabía que tenía que ir con unos tenis y unas chancletas para poder echármelo al hombro y andar con mi borrachito, cosa que era súper vergonzoso”.

P.5: Debido a la anterior pregunta ¿Qué consecuencias le ha traído consigo este tipo de malas vivencias?

“Las consecuencias, porque uno como es afectado por una enfermedad emocionalmente se vuelve inseguro, agresivo, depresivo, o demasiado desesperado porque no ve uno cuando va a salir de esa situación.”

P.6: ¿Qué necesidades y afectaciones económicas, físicas y culturales le ha traído el consumo de alcohol de su familiar?

“Necesidades físicas: cuando hay un alcoholismo ya demasiado agresivo, no me pasó en el caso personal, pero sí he visto donde ya se arriesga la integridad de la persona porque pasa a la agresividad de poderla golpear.

En la parte económica total, claro si estás expuesto en el trabajo por culpa del alcohol, por tu guayabo, como llegues pues, te van calificando ya van viendo que esa persona no es recomendable, ni saludable para una empresa tener a alguien que de pronto con seguridad va a llegar tarde, va a llegar enguayabado o va a llegar de pronto con su problema de alcohol, que este tomando en el momento o antes de salir de la empresa, terminar su jornada laboral consumiendo alcohol y pues a nadie le va a gustar eso. De igual forma porque pasan a ser un irresponsable, como que ya no me importa, ya otra más que la embarre como que no, entonces es terrible el problema de alcohol.

Económicamente a pesar de que teníamos dos niños pequeños no podíamos, yo no estaba trabajando, uno tiene una vida totalmente alcanzado porque la primera quincena era para pagar en el estanco y la segunda quincena que es la que había como especie de acuerdo, o sea la que yo manejaba y era la que tenía que hacer rendir para los colegios, para la remesa y para diferentes compromisos que teníamos, como pago de la cuota de la casa, los créditos. Y en la parte cultural, es triste, el alcoholismo porque uno vive sí o sí en una sociedad donde te empiezan a estigmatizar, ahí viene el borracho, ahí viene esa persona.

Entonces pasa uno a sentir a lo que se llama vergüenza y uno le da mucha pena, si hay algún compromiso yo sufría muchísimo porque yo sabía que yo llegaba bien, pero no sabía cómo iba a llegar a la casa, sola, con mi borracho al hombro, arrastrado, pidiendo ayuda que quien me lo iba a ayudar a cargar.

Mis hijos afortunadamente muy pequeñitos, ellos no vivieron prácticamente el alcoholismo de su padre pero, yo si lo percibía porque como estaban tan pequeñitos, tal vez no se acordarán mucho pero ellos decían es que mi papá está tomando o mi papá se vomitó, entonces uno como que ay qué pena y como queriendo maquillar la cosa y en el trabajo igual, a mí me tocaba porque ya sabía

que el día lunes entraba a trabajar y el domingo estaba enguayabado, me tocaba que buscar una enfermera hasta tal extremo llegué de alcahuetear la situación que me tocaba que buscar la enfermera y que le colocaran líquidos o destroza para que eliminará en su sangre rapidito el alcohol y no se notara porque pues estaba bueno el qué dirán, llegó esta enguayabado, llego este borracho y lo que te comenté anteriormente ya empieza a afectar la parte del trabajo.”

P.7: ¿Qué actitud tuvo usted referente al alcoholismo de su familiar?

“Varios comportamientos, cuando uno tiene un enfermo alcohólico se presentan etapas, yo pienso que la primera pasa uno a la exigencia como el papel de mamá a hijo que, por qué usted, la cantaleta, como no resulta pasó a ser agresiva, ¡ah! como usted toma yo también voy a tomar para ver si te gusta y resulta que me estaba afectando porque a mí realmente nunca me ha gustado tomar, lo odio y entonces me volví agresiva, siempre buscaba el problema, ya una vez lo empuje que iba a salir y el mismo desespero entre histeria y me le pegué de un cachete porque no quería que saliera, porque yo sabía que era para para tomar.

Bueno luego pasa uno a la etapa, como no consigue nada entonces pasa uno al de la víctima, entonces llegó borracho, ¡vamos a atenderlo, vamos a recibirlo con amor, entonces se despertó aquí está el jugo con el hielito de naranja, el consomecito caliente para el guayabo, aquí está mijo la ropita! y todo es paz y todo es amor, entonces mire la mente tan enferma que uno se va afectando, como ve que no consiguió por ningún lado, porque es que uno no ha identificado que es una enfermedad y mientras que uno no sepa, pues sigue perdido en el cuento y divagando en el mar de las emociones y de la incertidumbre y de las oposiciones que uno se hace, entonces afecta terriblemente porque como te dije eso es un remolino y un corcho flotando, ese corcho es uno que no ve por dónde salir.”

P.8: ¿Cómo se ha visto afectada su familia debido al excesivo consumo de alcohol de su familiar?

“Bueno, acá digamos que excesivo tanto, tanto pues gracias a Dios no llegue como a una crisis a un extremo, pero se llegaba que cada fin de semana empezó un día y luego ya eran dos días, ya no era el sábado sino viernes y sábado y ya fue aumentando el jueves, jueves suavcito, viernes intenso y el sábado remate y así llegaba a esos tres días ¿cómo se fue afectando?

Pues, con ese día a día económicamente terrible, como te dije se va volviendo uno irresponsable porque se alcanza de los compromisos, en la estabilidad emocional de la familia, los hijos porque ya uno no sale el domingo con un enguayabado, uno como se dice popularmente estirando trompa para un lado y bravo por el otro, muy susceptible a responder siempre como con una piedra en la mano, en la parte familiar pues obviamente siempre buscando un culpable por qué él toma tanto, entonces la tendencia fue como como que yo lo molestaba mucho y el día a día pues uno le va aprendiendo como ese cariño y ese respeto porque a la persona se le va cogiendo fastidio.

Entonces la idea era como ver qué podía hacer por esa persona, ahí fue cuando ya tuve la grandeza y bendición del cielo de que yo iba a la tiendita a comprar cositas y siempre me encontraba el tendero, él decía hoy llegaste triste, hoy llegaste alegre, hoy te veo como melancólica, entonces o esos estados emocionales uno piensa que las personas no lo perciben y el entorno se da cuenta por la parte de los padres de uno, ellos se afectan también porque pues cuidan a su hijita para que vaya y le toque con una persona alcohólica pues terrible, y que sus nietos están creciendo con una persona que no está dando un buen ejemplo pues es terrible y somos seres humanos y somos de emociones, de hacer suposiciones, entonces ya empieza esa parte del maltrato emocional de la familia hacia él y de él hacia ellos”.

P.9 ¿Qué ha hecho usted para ayudar a su familiar a dejar o controlar el consumo de alcohol?

“Entonces todo empezó ahí cuando la persona de la tiendita ya me dijo que notó todos mis estados emocionales, fue cuando me habló en su punto de experiencia, de su compartir, de su vivencia y me habló ya de A.A, entonces yo cogí y fue la última alternativa, yo ya me iba a separar y cuando me dijo que podía hacer, entonces yo ya le hablé de A.A que fue cuando casi pues me levanta la mano hija diciéndome que le había faltado el respeto, pero yo ya le daba argumento de que fondos había tocado, ya la quincenita ya no fue la primera que se gastaba, sino que ya se estaba gastando la segunda, entonces no podíamos cumplir con la cuota de la casa, que los servicios.

Entonces es présteme por aquí, présteme por allá y las cosas pues se van complicando, entonces cuando ya él entra al grupo de A.A que ya escucha el programa, que ya ve que hay personas que padecen esa esa enfermedad del alcoholismo y descubre que es una enfermedad, entonces empieza a aceptar porque en el compartir de ellos la dinámica es que la persona se para al frente y cuenta su vida, allá nadie te obliga, allá nadie te dice de qué partido político eres, de qué religión y también el estigma de que el grupo de A.A se ven los borrachos todo el tiempo.

Entonces ya uno va, porque yo lo acompañaba mucho me di cuenta de que van personas cero alcohol y que solamente se sienten a escuchar, cuando yo empecé a escuchar esas personas de las vivencias, de todo lo que ellos como se fueron enrolando e involucrando con el problema del alcoholismo me di cuenta de que ellos también sufrían, de que lo que yo estaba padeciendo también lo padecían con sus esposas y ellos hacen unos pasos el primer paso de ellos es la aceptación y que yo tengo una enfermedad que se llama alcoholismo y que me está afectando emocionalmente y en todo el entorno como tal, ya ahí siguen otros pasos como aceptar que necesito un ser superior para

poder indiferentemente como usted lo conciba llámese Alá, Jehová, Yahvé o el que no crea en Jesús, todo o sea su ser superior pegarse de él y así vimos eran unos pasos donde involucra la vida de uno, donde va uno mirando hacia atrás qué he hecho, qué es lo que me ha afectado, por qué no he perdonado y reconocer mis errores, reconocer todo el daño que me ha hecho.

Luego buscamos una persona que se llaman padrinos donde yo comento, yo digo y sacó todo eso y tener siempre presente que todo esto es anónimo, se toma lo que a uno le sirva por decir ¡ay! este cliente siguió tomando, Dios mío se estrelló en el carro mató a una persona, ¡mírelo donde está! Porque, por el alcohol, por no hacer un stop en su vida, por no tomar una decisión, por no saber decirle no a la primera copa, entonces ya la parte emocional, ya la persona lo van percibiendo y ya uno empieza a cambiar obviamente”

O sea que lo que usted hizo para ayudarlo fue llevarlo a A.A, “si claro, eso fue para mí la única solución porque yo ya había hecho todos los intentos, pero vuelvo y te digo esto es algo tan que no se ve, pero que está ahí y es esa enfermedad que no se puede tocar, pero si la puedes sentir en tu vivencia, en tu maltrato, en tus consecuencias y cuando alguien pasó el mensaje que fue el señor de la tienda y yo se lo dije a él, él fue porque ya había tocado un fondo donde ya se había estrellado en carros, donde a él ya me lo llevaban acostadito y dormidito y yo iba y lo acostada y por medio de este señor que me pasó el mensaje fue que ya como tocó un fondo le dije, fue y dijo voy a ir por 3 días solamente a enterarme a ver como es, los 3 días se convirtieron en 3 meses, 3 años, gracias a Dios ya lleva 25 años.

Gracias a Dios y yo lo acompañaba a él mucho a los grupos, pero estaba cometiendo un gran error y es que en los grupos él estaba en su recuperación y yo como esposa donde estaba, entonces me hablaron de existían también grupos para los familiares, para los amigos que tenían problemas de alcohol,

porque nosotros no sabemos que es una enfermedad, pero tenemos que entenderlos y antes de entenderlo a ellos pues tenemos que entendernos nosotros mismos.

Entonces empecé a ir los grupos de Al-Anon y ahí me di cuenta que esa enfermedad es contagiosa porque no solamente es el problema de tapar la botella sino el problema es de que pasa después de que él decida tomar la decisión, que necesita una ayuda, entonces empiezan a desencadenar defectos de carácter, los defectos de carácter que todos los seres humanos tenemos: el mal genio, la lujuria, la ambición, el egoísmo, la envidia, la prepotencia, el orgullo, la soberbia todo eso se empieza como a sacar como a flor de piel.

Entonces lo que ellos empiezan es yo soy más que tú, no es que te lo hagan evidente así no, sino en su comportamiento de día a día, por todo alegan no porque les haga falta el alcohol, porque ya es un enfermo alcohólico crónico, entonces hay que medir y el alcoholismo no se mide por la cantidad que se tome sino es como te afecta a ti en el comportamiento.

Entonces entendí que los grupos con su mensaje, con su dinámica de ellos hacer las cosas te da autonomía, nadie te obliga, son totalmente autónomos y libres, allá nadie te va a decir porque hiciste, porque no lo hiciste, porque lo dejaste de hacer o usted tan malo, no eso no se ve porque allá la gente respeta, allá las personas te comprenden y no es acoger y decirte ah sí y te van a alcahuetear, no, allá las personas solamente te escuchan, te comparten y te ratifican de que el alcohol si te hace daño.

O sea el alcohol es tremendo, el alcohol destruye vidas, el alcohol hasta que no se toque, insisto en los fondos que no es lo que se toca sino lo que te hace cambiar en el momento te dice Dios mío porque lo hice, porque me pasó esto quiero cambiar, ya la persona dice aceptó que tengo problemas y qué bonito que

puedan ir a los grupos, que dejen ese temor que le quiten esa estigma a los grupos de A.A porque son grupos maravillosos con unas herramientas preciosas para uno llenarse de valor y hacer unos cambios en su vida.

En los grupos de familiares de Al-Anon vamos todos los que tenemos ese contacto con esa persona para ayudarnos a entender y a comprenderlos ,ahí yo aprendí a no señalarle, a no verle todos los defectos, ahí aprendí que es una persona que necesita de mi amor, de mi paciencia, aprendí a respetarlo, de que él es importante y que hay que darle su sitio de no maltratar, te vuelves más solidaria con el dolor de las demás personas, te vuelve solidario en pararte en las sandalias del otro y entenderlo”.

P.10: ¿Usted consume bebidas alcohólicas en presencia de su familiar y con qué frecuencia lo hace?

“Si consumo, de hecho a mí me gusta mucho el vino tinto en la casa tengo una neverita, me fascina siempre antes de las comidas y de las cenas o cuando tengo algo importante según como este de ánimo me tomo una copa, máximo dos y ya y delante mi familiar claro, cuando son inclusive para estas fechas de Navidad mi familiar coge la bandeja y él ayuda a repartir y él sirve y todo y no pasa nada porque él sabe que tiene un problema, que si él coge la primera copa y la ingiere es un detonante para las consecuencias que pueden venir más adelante.

Entonces como sabe el infierno que es vivir en el alcohol, entonces él prefiere no y lo pasa a los demás, el que quiere tomar toma y el que no, pues no, pero no pasa nada si yo tomo delante de él de hecho casi siempre en los compromisos, en las cenas a él le colocan una botella de agua siempre al ladito y su copa de vino y él la llena de agua y yo tomo mi vino perfectamente no pasa nada.”

P.11: ¿Tiene antecedentes familiares los cuales hayan sido alcohólicos?

“En mi familia no, pero en la familia de él, si claro, él tiene el formato de su padre, su padre tomaba también, en mi enfermito de hecho lo dice: “qué bonito hubiera podido ser que mi padre hubiera alcanzado a saber de los grupos de A.A cuantas tristezas y cuanto dolor se hubiera podido evitar” lastimosamente falleció y nunca supo de los A.A, pero bueno tuvo la bendición que él ingreso a otros hermanos y hay uno de ellos que llevaba 45 años tomando y de doble adicción o sea tanto alcoholismo como drogadicción y en los grupos tomo un día la decisión, lo que yo te dije tocó un fondo.

Entonces ellos entraron, le llegó el mensaje por mí enfermo alcohólico y al tocar ese fondo de que él dijo Dios mío ya tanto, ya no quiero vivir en esto, se demoró mucho ¡claro que se demoró! pero hoy está llevando una vida digna y feliz para el infierno que él llevaba porque ya estaba en las calles y ya ahorita se le dice Don, ya ha conseguido el respeto de las personas, antes pasaba por el lado y ya éste borracho, éste no vale, éste lo otro, ahorita ya tiene una posición y no porque tenga o no tenga dinero, y ahorita es una persona que se respeta porque se lo ha ganado y le da mucha tranquilidad a su madre y sus hermanos, ya uno sabe y duerme tranquilo que si no llegó bueno se demoró.

Entonces hoy en día agradezco mucho a estos grupos maravillosos, me pegó de mi ser superior y me ayuda a llevar y a seguir una vida más tranquila y tener unos buenos amortiguadores para lo que va saliendo el día a día, todo lo que pasa, todo lo que vivo, lo que me llega, lo recibo con amor y miró para qué y porque, y también me preguntó ya dejé de ese correr día a día porque también me pregunté para que corro y para quien corro, entonces es hacer un alto es replantee mis cosas y las trato de llevar con calma, de entregarle las riendas de mi vida a ese ser Superior de vivir el día a día y soltar ese pasado que no nos ayuda a diseñar un futuro”. Bueno doña Ginna muchísimas gracias.

11.2 ENTREVISTA # 2 FAMILIAR DEL PACIENTE ALCOHÓLICO-MARITA

P.1: ¿Cuánto tiempo su familiar consumió alcohol?

Mi familiar consumió alcohol durante 52 años y hace 8 años que ya no consume alcohol, ahora sé el motivo por estar en la comunidad Al- Anon, sé el motivo, sé que es una enfermedad que es progresiva y que se controla pero que no se cura y lo aprendí leyendo mucha literatura y de las experiencias que comparten las personas que vienen a los grupos y aquí aprendí que el alcoholismo es una enfermedad, ya que para mí fue muy difícil entenderlo y yo decía no él puede porque él mismo lo decía yo tomo con mi plata, yo tomo a la hora que sea, cuando sea y a nadie le pido y yo dejo de beber el día que a mí me dé la gana.

O sea, él se creía que él podía y yo también pensé que él podía dejar de beber porque hubo épocas que dejo de beber 8 meses porque él no era bebedor diario sino una vez por semana, pero como esto es progresivo va aumentando tomaba 1 día a la semana, luego 2 días a la semana y al pasar de los años ya eran 3 y a mas años 4 días o tomaba poquito y ya se emborrachaba.

P.2: ¿Usted de qué manera ve reflejado el cambio de los roles en su familia debido al consumo de alcohol de su familiar enfermo?

“Los veo reflejados en que asumí un compromiso que no era mío, o sea me hice cargo de tareas, oficios, responsabilidades que no eran mías mientras mi enfermo alcohólico consumía alcohol. Las responsabilidades de hacerme cargo por ejemplo los comportamientos sociales o sea la educación de mis hijos, pagos de deudas, si más que todo la educación de mis hijos y hacer el papel de papá, ya que mi enfermo alcohólico es mi esposo, entonces cuando él no estaba siempre fui yo la que la que trató de sacar adelante el hogar.

De igual forma se refleja primero en la ausencia del padre, ya que cuando está bajo los efectos del alcohol nunca está en casa, o sea cuando se necesitaba

para que él asistiera a las reuniones de los niños que estaban estudiando nunca estaba en casa, en lo económico pues, él a pesar de que trabajaba y llevaba el dinero a casa nunca era suficiente puesto que ya gran parte de ese dinero se había gastado en bebidas alcohólicas.

También la responsabilidad que un padre debe tener pues, tampoco se veía mucho en la casa ya que mis hijos siempre me consultaban a mí para cuando ellos tenían una salida, un trabajo, tenían que consultar a alguien pues a la mamá porque el papá no estaba o estaba borracho, entonces esto hace que haya un matriarcado en el hogar, sabiendo que el padre está vivo y está presente, entonces esto ha sido bastante conflictivo en las relaciones afectivas en la casa y pues ha sido bastante doloroso vivir una vida así porque al alcohólico siempre se lo se lo rechaza, se lo aísla y se lo condena por esta enfermedad que en ese momento no sabía que era enfermedad sino que pensé que era una forma malvada o cruel de ser esta persona, entonces por esto se refleja como esa cuestión tan negativa que hay en la familia.

Las responsabilidades de hacerme cargo de por ejemplo los comportamientos sociales o sea la educación de mis hijos, pagos de deudas, si más que todo la educación de mis hijos y hacer el papel de papá, ya que mi enfermo alcohólico es mi esposo, entonces cuando él no estaba siempre fui yo la que la que trató de sacar adelante el hogar”.

P.3: ¿Cree usted que lo roles familiares son importantes dentro de un hogar y por qué?

“Claramente son muy importantes ya que el hijo es necesario que vea la figura paterna, siempre haciéndose cargo de todas sus obligaciones, la mamá en su puesto en el que le corresponde como mamá y el papá pues ver esa esa figura ahí que no esté sometida bajo el alcohol o bajo el mando de la mamá.”

P.4: ¿Durante el consumo de alcohol de su familiar usted ha tenido alguna mala vivencia junto a él y cuál ha sido?

“Pues la mala vivencia ha sido, pues siempre, como que me fui volviendo muy dependiente de él, la mala vivencia es también esa parte que no quiero que esté, pero no quiero que tampoco se vaya, entonces es una dependencia bastante fuerte.

De igual forma muchas veces lo cubría en su trabajo diciendo que estaba enfermo y cuando se le estaba pasando la borrachera se iba y yo le decía para donde vas y me decía para el trabajo, entonces yo le decía, pero es que ya dije que estabas enfermo y empezaba a decirme, pero usted porque hizo eso y no sé qué, me echaba en cara todo eso y me hacía sentir muy mal y cuando él estaba muy borracho yo ya no llamaba al trabajo de él porque ya tenía esa experiencia, pero tampoco lo llamaba a él porque me daba miedo despertarlo sin saber el estado de ánimo en el que despertaría.

Entonces esa hora otra dificultad porque no sabía si despertarlo o no y tomaba la decisión de dejarlo dormir y se despertaba enojadísimo que porque no lo había despertado o porque no llamo y dijo que estaba enfermo, entonces ahí uno ya no sabe que hacer porque todo se vuelve en contra de uno, haga lo que haga y ya sea bueno o malo.”

P.5 Debido a la anterior pregunta ¿Qué consecuencias le ha traído consigo este tipo de malas vivencias?

“Las consecuencias pues que en muchas ocasiones me concentré tanto en mi familiar alcohólico que olvide, me olvide de mí misma y es por eso que asisto a los grupos de familia Al- Anon para llegar a hacer reencuentro conmigo misma.”

P.6: ¿Qué necesidades y afectaciones económicas, físicas y culturales le ha traído el consumo de alcohol de su familiar?

“Necesidades, pues bueno la necesidad de ¿lo económico no? porque muchas ocasiones se perdió mucho, mucho dinero por el consumo de alcohol, bien fuera por el consumo o por o por los daños causados. Físicas, pues mi ira y mi resentimiento siempre se reflejaban en dolencias físicas y en lo social pues siempre sentía mucha, mucha vergüenza porque no quería que se dieran cuenta que mi familiar tenía problemas con la bebida.”

P.7: ¿Qué actitud ha tenido usted referente al alcoholismo de su familiar?

“Mi actitud ha sido de rechazo, mucho rechazo, mucho resentimiento, odio hacia el líquido, hacia el alcohol porque pensaba que ese era el causante de que mi familiar se pusiera a veces en condiciones no muy recomendables.

De igual forma lo justificaba mucho porque yo decía él bebió porque los compañeros de trabajo lo llamaron, porque vivimos en determinado sitio, él bebió porque era día de navidad o era fiesta de madre, o sea a todo le echaba la culpa y lo justificaba muchísimo, pero no me daba cuenta lo que estaba pasando”

P.8: ¿Cómo se ha visto afectada su familia debido al excesivo consumo de alcohol de su familiar?

“Pues ha habido mucha timidez, mucha ausencia, rechazo, mis familiares se han sentido como cohibidos de muchas cosas, aislados, entonces hay mucho por mejorar ahora con estos grupos de ayuda.

De igual forma la familia se daña muchísimo porque a mis mismos hijos pequeños los sacaba a sacar a las cantinas al papá a media noche y ellos siempre me reprocharon eso y todo el daño que les hice porque siempre les decía calladitos no hagan bulla y los gritaba, los zarandeaba y los pellizcaba porque hacían bulla y despertaban al papá y ustedes son los culpables de que su papá este bebiendo.

También les decía que mucho cuidado con decir que el papá estaba en la casa, que no prendieran el televisor, que no atendieran el teléfono, todo era mal en la casa porque por todo yo les echaba la culpa si él se iba a beber.

Además, yo pensaba que como mis hijos eran pequeños y viendo todo esto ellos iban a odiar el alcohol cuando sean grandes porque el papá llegaba transformado a dañar, a hacer bulla, tiraba las cosas, prendía el equipo a todo volumen, tiraba botellas en el piso, colillas, debido a eso todo olía feo la casa.

Pero resulta que me equivoque porque cuando mi hijo mayor llegó a su pre adolescencia ya consumía alcohol y a la edad de 16 a 20 ya bebía igual que el papá, como un viejo y el papá era feliz y él decía que ese si era un varón porque era igual que él y este fue un gran daño que causo el alcohol en mi familia.”

P.9: ¿Qué ha hecho usted para ayudar a su familiar para dejar o controlar el consumo de alcohol?

“Pues todo lo que yo hice fue llevarlo a sitios donde yo creía que podía él dejar de beber, siempre lo guiaba hacia profesionales, médicos, pero no obtenía resultados, le regaba la bebida, se la escondía, lo vigilaba, todo esto, pero no, nada de estas cosas que hice nunca funcionaron, para lo único que funcionó para mi familiar alcohólico fue A.A.

Pero resulta que cuando él dejó de beber, yo decía que ese era el único problema que teníamos dentro de la familia y era su consumo, pero resulta que la relación estuvo a punto de perderse porque la enfermedad no es solo el consumo de alcohol, la enfermedad son los defectos de carácter porque él dejó de beber y se volvió agresivo, muy a la defensiva, impulsivo o se deprimía, tenía varios estados de ánimo.

Ya no estaba mucho tiempo en la casa porque se la pasaba en las reuniones de A.A y yo decía cuando bebía no estaba en la casa y ahora que dejo de beber pues tampoco está en la casa, entonces esto me irritaba y cuando gastaba mucho dinero en literatura, yo decía y para que compra tanto libro y me enojaba.

Entonces ya no era él, era yo porque ya estaba acostumbrada a la pelea, a mandar, a que se hiciera lo que yo decía, a manipular porque eran 27 años los que yo había tenido un rol que no era mío, en muchas ocasiones como la mamá de él porque tenía que arrastrarlo y hacerle todo y en otras ocasiones como mi papá porque así estuviera borracho se hacía lo que él dijera y yo estaba muy joven me case de 16 años.

Y en ese momento él ya tomaba decisiones por sí mismo y ya empezó él a tomar su rol y ya me empecé a enojar, empecé a sentir celos, envidia, me incomodaba muchísimo y sentía que yo ya no era necesaria en la casa porque yo era la que lo cuidaba a él y la que decidía siempre, entonces ya me estaba quedando sin trabajo.

Y cuando entré aquí a Al-Anon es donde empiezo a trabajar por mí a dejar vivir al otro, a dejar que tome sus propias decisiones ya sean buenas o malas y si se equivoca eso ya le servirá de experiencia y recupere su autonomía, éste es un lugar muy maravilloso para las familias y es aquí donde uno empieza a conocerse porque yo solo sabía sobre la vida de él, de mí misma no sabía nada y no supe en que momento paso todo esto.”

P.10: ¿Usted consume bebidas alcohólicas en presencia de su familiar alcohólico y con qué frecuencia lo hace?

“No, nunca he consumido bebidas alcohólicas, ya que siempre he sentido mucho rechazo por cualquier tipo de bebida.”

P.11: ¿Tiene antecedentes familiares los cuales hayan sido alcohólicos?

“Sí, muchos, mis bisabuelos, mi abuelo, tíos y ahora esposo y familiares de mi esposo e hijos también, un hijo consume bebidas alcohólicas.”

11.3 ENTREVISTA #3 FAMILIAR DEL PACIENTE ALCOHÓLICO- IMELDA

P.1: ¿Cuánto tiempo su familiar consumió alcohol y sabe el motivo?

“A ver yo llegue al grupo hace como 5 años y eso hace que él dejó de beber, pero él dice que su primera borrachera fue cuando tenía 5 años, que porque un tío le había dicho si te tomas este vaso de guarapo te doy una moneda y él pues por la moneda se tomó ese vaso de guarapo, pero la familia de él por parte de mamá y de papá todos eran alcohólicos los tíos, los abuelos, hasta la abuela me cuenta él, entonces pues se puede decir que él tiene 59 años y como 54 años consumiendo alcohol.”

P.2: ¿Usted de qué manera ve reflejado el cambio de los roles en su familia debido al consumo de alcohol de su familiar?

“Pues los cambios o sea, pues yo también vengo de una familia también con esta enfermedad del alcoholismo y pues realmente no tenía muy claro los roles ahora que estoy aquí en el grupo, pues he entendido poco a poco los roles porque en la casa que yo me críe donde había alcoholismo, pues los roles la mayoría los tenía la esposa de un tío con la cual me crie y ahora que yo pues empecé mi vida de pareja también, pues prácticamente asumí todos los roles de papá y mamá porque cuando él estaba en su sano juicio pues cumplía con los roles que era proveer el hogar, pero los demás roles los tome yo, el control de la economía, en la crianza de los niños y los deberes con los niños escolares pues los tomaba siempre yo, y los roles pues se confundía, ¿no? yo trataba de poner orden pero él siempre me desautorizaba entonces quedaba en nada la situación y era difícil muy difícil.”

P.3: ¿Cree usted que los roles familiares son importantes dentro de un hogar y por qué?

“Sí, son muy importantes porque si cada uno tiene su rol en la familia pues la carga no es tan dura para una persona, en este caso pues la carga de la casa era totalmente para mí, a veces yo también contribuía económicamente con el trabajo y tenía que asumir todo el resto y es importante porque si cada uno tiene su rol, pues es como el ejemplo que van a seguir las futuras generaciones de este hogar, por ejemplo los hijos ya van mirando como son los roles y ellos ya los van a desempeñar de una mejor forma cuando ellos formen su familia, pero como vieron estos roles tan distorsionados pues ellos crecen con esa misma situación y eso lo que repetirán en sus hogares entonces es muy importante tener claros los roles de cada uno.”

P.4: ¿Durante el consumo de alcohol de su familiar usted ha tenido alguna mala vivencia junto a él y cuál ha sido?

“No pues vivencias muchas porque mi tendencia era cambiarlo porque tenía claro y se me había metido en mi cabeza y era la idea que más predomina que yo era infeliz por culpa de él y tenía claro que si él dejaba de beber yo iba a ser supremamente feliz, pero pues no eso no fue así, entonces como vivía criticándolo, juzgándolo pues todas las situaciones eran él de defenderse y yo de atacar hasta llegar un momento pues en el que él se creía todo lo que yo le decía y él me respondía de igual forma y yo me lo creía, entonces pues habían vivencias muy fuertes.”

P.5: Debido a la anterior pregunta ¿Qué consecuencias le ha traído consigo este tipo de malas vivencias?

“¿Qué consecuencias ha traído? Uy muchas por ejemplo para mí mi baja autoestima, mi neurosis, mi desconfianza, angustia en esos últimos momentos estaba desarrollando hasta una enfermedad como un dolor de cabeza muy

frecuente entre otras cosas, pues en los niños también, en los niños se estaba repitiendo mi forma de ser y eso pues era muy grave.”

P.6: ¿Qué necesidades y afectaciones económicas, físicas y culturales le ha traído el consumo de alcohol de su familiar?

“Pues a ver físicas pues mi salud se estaba deteriorando, como también el punto de volverme neurótica o ya lo estaba neurótica y culturales pues si la vergüenza ¿no? la vergüenza en el lugar donde él estaba era una vergüenza y físicas pues la salud se va deteriorando poco a poco tanto mía como la de él y la de él más y en la parte económica pues bastante porque pues lo que él se gastaba en licor pues hacía falta para otras cosas y pues uno tiene que como que manejar muy bien la economía como minimizar en esto, minimizar en lo otro, ahorrar por aquí ahorrar por allá para poder cumplir con lo que quedaba y se puede decir que es negativo porque pues lo que se gastaba en alcohol siempre hacían falta otras cosas para el hogar.”

P.7: ¿Qué actitud ha tenido usted referente al alcoholismo de su familiar?

“Antes de agresividad, de exigencia de cómo desesperanza, como de querer acabar con todo, como que ya no vale la pena seguir adelante, como que hasta aquí llego, siempre tener esa idea de abandonarlo todo, de dejar esta persona porque me concentraba totalmente en lo negativo y no me daba cuenta que a pesar de que tenía esta enfermedad, tenía muchas otras cosas positivas, pero debido a esta situación yo sólo me concentraba en lo negativo y pues no veía más allá, hoy en día que estoy en este grupo pues me doy cuenta que tiene muchas cosas positivas y que lo negativo que tiene pues es muy poco, que se puede manejar, que se puede ayudar, que se puede aceptar y aprender a vivir bien a pesar de.

Porque ahora que entiendo que esto es una enfermedad pues es igual que una persona con diabetes o con otra clase de enfermedad hay que tratarlo con

respeto, con cariño, con comprensión y separar la persona de esta enfermedad y entonces eso lo he aprendido acá y eso es lo que me ha llevado a tener en este momento 37 años de convivencia con esta persona y ya se me han quitado todas estas ideas de abandonarlo, de dejar todo atrás de acabar con todo, ahora ya trato de vivir feliz y entiendo que la felicidad no es él, sino cada momento que yo haga con mi vida, entonces he aprendido a vivir y dejar vivir.”

P.8: ¿Cómo se ha visto afectada su familia debido al excesivo consumo de alcohol de su familiar?

“Pues a ver en estos momentos que mis hijos ya son adultos veo las consecuencias ¿no? de ellos haber crecido en ese medio alcohólico, con ese ejemplo, porque por ejemplo mis dos hijos uno tiene ya la enfermedad del alcoholismo, otro tiene la enfermedad de adicción a las drogas, mi hija pues en momentos es desconfiada, temerosa, pues su autoestima es muy baja.

Entonces pues siento que con mi ejemplo pues he tratado de ayudarles y he visto poco a poco que han ido mejorando, pero aún les falta mucho, les falta aceptar en sí mismos que tiene una enfermedad y que lo que han adquirido emocionalmente, físicamente es una enfermedad y pues les falta aceptar eso para buscar ayuda y en ese proceso están y mientras tanto pues yo sigo acá dándoles ejemplo y tratando de ayudarlos en lo mejor que pueda con mi sugerencia y mi ejemplo.”

P.9 ¿Qué ha hecho usted para ayudar a su familiar a dejar o controlar el consumo de alcohol?

“Pues en este momento estoy en un grupo, en el grupo de Al- Anon que es para familiares y ahí es un grupo de ayuda para familiares y amigos de alcohólicos y a pesar de que anduve rodando por muchas partes buscando ayuda cuando yo llego a estos grupos de Al- Anon y me dicen que yo no lo puedo cambiar, que yo no lo puedo controlar y que yo no lo puedo curar, pues me quito un gran peso de encima porque esa era mi obsesión, pero cuando ya llego y entiendo eso que es

una enfermedad y me dicen que me dé una oportunidad de asistir unos 6 meses antes de tomar esa decisión que ya tenía muy clara que era de separarme, entonces esa parte me tranquiliza y permite que yo sea perseverante en este programa y que siga practicando los principios que aquí aprendo.

Y esos 6 meses que me di esa oportunidad para calmar mis pensamientos, sentimientos y tomar la decisión si quería más adelante separarme pues se fue borrando y de eso ya hace unos buenos 16 años que estoy aquí y no he vuelto a tener esa idea de separarme al contrario ahora lo entiendo que es un enfermo, trato de apoyarlo, animarlo y vivir cada instante de la mejor manera que pueda y sobre todo tratando de querer ser mejor persona cada día, mejor esposa, mejor madre, mejor hija, mejor suegra en este momento y querer sobre todo llevar este mensaje a otras personas que al igual que yo están desesperados buscando ayuda y decirles que hay una esperanza que se puede vivir mejor a pesar de que esté enfermo alcohólico siga bebiendo o no, entonces pues eso es lo que puedo decir hasta el momento.

Y de esa misma forma acá en el grupo de Al-Anon me dan a conocer que existe el grupo de A.A y es ahí donde lo invite y le dije que fuera a ese grupo que era muy bueno y ya que yo, me estaba recuperando acá en esta comunidad, que él también necesitaba ayuda y él acepto ir al grupo viendo el cambio que yo estaba adquiriendo día a día y fue de esa manera que lo ayude.”

P.10: ¿Usted consume bebidas alcohólicas en presencia de su familiar alcohólico y con qué frecuencia lo hace?

“Pues, después de que él dejó de beber de eso hace como 5 años, pues ya no lo he vuelto a hacer porque si a mí me gustaba un traguito, digamos dos, tres traguitos digamos en diciembre el 31 así siempre o en alguna fiesta sí, uno se tomaba uno o dos, pero desde que él está así ya hace 5 años que ha dejado de beber pues no, evito al máximo y en la casa ya no se hacen las celebraciones

con ninguna clase de trago porque los hijos ya entienden esa parte, entonces lo que se maneja es una gaseosa o un jugo, cuando está la torta, el pastel cualquier celebración y eso pues lo tenemos claro, aunque la familia a veces va a ir a visitarlo y él pues los atiende y si ellos quieren tomar trago pues les compra y les sirve para ellos pero que yo tomé en sí, no.”

P.11: ¿Tiene antecedentes familiares los cuales hayan sido alcohólicos?

“Uy si, por parte mía claro, pues digamos el tío que me crío a mí era alcohólico y él también salió huyendo de su hogar dice que a los 11 años y que él veía mucho maltrato del padrastro hacia su mamá y que eso pues de ver la impotencia de no poder defenderla y que ella ya no se dejaba ayudar, pues decidió alejarse de ese hogar y se vino acá se vino a refugiar al hogar de un tío que este tío también era alcohólico, yo le digo tío abuelo y entonces él quedó con el problema del alcoholismo con la enfermedad y yo pues llegué a ese hogar que él había formado, donde él seguía siendo un alcohólico.

Entonces mi adolescencia fue en ese hogar alcohólico y cuando ya quise huir de ese hogar alcohólico a mejorar mi situación lo hice muy joven a los 17 años y quise encontrar como la salvación con la pareja que tenía en ese tiempo y resulta que esa pareja también tenía problemas de alcoholismo, entonces pues me pase de las brasas a las llamas y aquí estoy, entonces si en ese tiempo pues los antecedentes míos eran alcohol y alcoholismo y los antecedentes de él también ahí nos encontramos parece que el alcohol atrae a la familia, o sea uno como que se atrae con otro familiar que ha tenido la misma vivencia que uno.” Bueno muchísimas gracias.

12. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se logra evidenciar que, a través de la entrevista estructurada, observación participante del grupo a investigar y al estudio de las fuentes analíticas y teóricas de las cuales se nutre gran parte de la investigación se recogen una serie de datos importantes y por los cuales pasa cada familia en este importante proceso y a lo cual responde tanto al objetivo general como a los objetivos específicos.

Inicialmente se llevará a cabo el respectivo análisis y respuesta al objetivo general que es ***identificar la afectación en los roles familiares con uno de sus miembros alcohólico en proceso de rehabilitación a través de tres estudios de caso en la ciudad de Popayán.***

Por consiguiente, se analiza cada uno de los casos y por lo cual se encuentra respuesta y relación con cada uno de ellos. En el caso de María, Marita y Imelda son ellas quienes tienen el rol de padre y madre debido a la ausencia de sus esposos, dado que ellos gran parte de su tiempo estaban en estado de embriaguez, fuera de casa, consumiendo alcohol o dentro de ella, pero pasando guayabo como literalmente lo diríamos, en pocas palabras ausentes de sus deberes familiares.

Estas tres conyugues debieron concernir roles en sus familias que no les competía y responsabilizarse de la educación de sus hijos, reuniones en sus colegios, además del pago total de deudas y administración de las finanzas causadas por los gastos de sus esposos en bebidas alcohólicas y por lo cual, el sueldo que éste se ganaba no alcanzaba para pagar arriendo, mercado, servicios, pago de cuotas al banco entre otras cosas, las cuales se presentan en cada una de las familias, sino que debieron aportar económicamente dentro de las mismas, debido a que el sueldo de sus esposos o ya se debía en la tienda a

causa del alcohol ya antes consumido por ellos o para pagar prestamos que a su vez fueron para beneficio de lo mismo.

De igual forma los hijos siempre buscaban la ayuda, permiso u opinión de su madre sin importar que su padre estuviese en casa y por lo cual se generó una comunicación indirecta, además de generar un matriarcado en la familia, en donde la madre es quien toma las decisiones y a su vez se responsabiliza de todo dentro del hogar.

Así mismo el ahorro de las finanzas dentro del hogar resultaba de manera excesiva, por lo cual debían hacerlo rendir a como diera lugar, además de cohibirse de ciertas necesidades o lujos que se quisiesen dar, porque de lo contrario las deudas y la inestabilidad y afectación económica seria aún mayor.

Inicialmente lo anterior coincide con el planteamiento de Aizpún, 2006 (citado en Alazraki):⁸¹ el cual habla de un rol disfuncional muy importante. “El cuidador: Ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, de este modo no solo le están quitando los compromisos que tiene el enfermo al acolitarle su enfermedad, sino que se cambian los roles en la dinámica familiar debido a que la familia se vuelve co-dependiente de su familiar y se tiene poca preocupación de la situación y todo esto con tal de que el adicto no tenga ninguna obligación o tenga las menos posibles y en el caso de esta investigación es la conyugue quien entra a tener este papel.”

En concordancia con lo anterior el autor citado Minuchin, 1986⁸² según el enfoque sistémico afirma que los roles en la dinámica familiar son “los aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás lazos de parentesco, relaciones de afecto,

⁸¹ Alazraki Yossifoff, C. (s.f.). Obtenido de http://www.aesfashu.es/content/979394/ADULTOS_Alcoholismo_Tema_11/11._LA_DINAMICA_FAMILIAR_EN_FAMILIAS_CON_UN_MIEMBRO_ALCOHOLICO.pdf

⁸² MINUCHIN, Salvador. (1986). Familias y terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa.

comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros”.

Dicho lo anterior la familia del enfermo alcohólico se relaciona con los constructos teóricos del modelo estructural o sistémico Minuchin 1986⁸³ refiere que “el individuo y su contexto social se constituye por técnicas y teorías que se basan en el estudio del individuo, de tal modo que la terapia trata de explicar y organizar la estructura actual de cada familia, así mismo se centra en el funcionamiento y organización de la misma e intenta organizar la estructura cuando hay cambios en ella.”

Seguidamente Lloret 2001⁸⁴ afirma que “La estrecha relación que se establece entre los cónyuges, marcan las fases que ambos viven frente al alcoholismo,” de igual forma este autor afirma que “por esto es lógico que, en una primera entrevista para la evaluación de un alcohólico, siempre sea necesario conocer con quien convive, y valorar las actitudes y tipo de apoyo que ésta, o estas figuras suponen” y a su vez afirma que “la familia con un paciente alcohólico termina siendo un factor de riesgo.”

De igual forma Santos, M. R. 2008 (citado en Pilataxi, 2015)⁸⁵ afirma que “En el despertar de la enfermedad del alcoholismo, la familia con frecuencia practica su propia forma de negación ante el problema, además se mueven y acomodan a las exigencias de la vida con el miembro alcohólico, lo cual incluye la reasignación de los roles familiares, poniendo así a la familia en desequilibrio, por lo que ésta adopta roles disfuncionales que los llevan a sobrevivir la enfermedad.”

Para concluir, con estos resultados se puede afirmar que los roles familiares dentro de una familia con un miembro alcohólico dentro de ella no solo cambian,

⁸³ Ibid.

⁸⁴Lloret Irlas Daniel. Alcoholismo: una visión familiar” (2001), p. 114 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910107>

⁸⁵ Ibid., p. 43.

sino que se afecta toda la dinámica familiar y por lo cual se convierte en una familia *disfuncional*: “Un patrón de conductas des adaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia”⁸⁶ y a su vez la enfermedad, porque “el alcoholismo es una enfermedad que si no se detiene el curso de esta aparecerán de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica.”⁸⁷

Posteriormente según el primer objetivo específico, ***conocer las características propias del ambiente familiar donde se encuentra el paciente alcohólico en proceso de rehabilitación*** los resultados obtenidos en los tres estudios de caso son en primera instancia que cada una de estas mujeres sentía vergüenza, no solo por tener un enfermo alcohólico dentro de su familia, sino porque socialmente trataban de ocultarlo, con el fin de que sus familiares no se dieran cuenta de la situación real y en cuanto a enfrentar el problema real que era tener que sobrellevar de una manera la enfermedad de su conyugue.

La parte social es muy enmarcada en cada una de estas familias y a su vez son de vital importancia, de tal modo que aceptar dicha realidad socialmente no fue fácil para cada una de ellas. A lo cual Alazraki, C. 2006 (citado en Pilataxi, 2015)⁸⁸ afirma que “el aislamiento social, normalmente gobernado por estas reglas, es una estrategia usada por estas familias para proteger a la persona dependiente y sus otros miembros de la vergüenza y del dolor emocional que experimentan. Así, el sistema familiar establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe durante varias generaciones.”

⁸⁶ Alazraki, op. Cit.

⁸⁷ GUARDIA, J. P. (marzo de 2007). Alcoholismo. Obtenido de http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf

⁸⁸ Pilataxi, op. Cit.

En los tres estudios de caso las dolencias físicas y emocionales las condujo a comportamientos inadaptados en los cuales las conyugues se tornaron agresivas, desconfiadas, inseguras, depresivas, angustiadas, con baja autoestima y dependencia emocional hacia sus conyugues.

En concordancia con lo anterior González Paullada, A.T. 2005 (citado en Pilataxi)⁸⁹ nos habla de los mecanismos defensivos de afrontamiento de la familia del alcohólico: Un mecanismo de defensa del yo deviene solo cuando su uso persistente, conduce a un comportamiento inadaptado, de tal modo que la salud física y/o mental del individuo se ve afectada desfavorablemente.

A su vez cada una de estas familias afirma que sus conyugues tenían antecedentes familiares alcohólicos y por lo cual Murray & Stabena (1982) afirman que “El alcoholismo primario se caracteriza porque generalmente hay una historia familiar de alcoholismo (existen antecedentes genéticos) surge entre los 25 y 35 años. El enfermo tiene una alta tolerancia y bebe como respuesta al síndrome de abstinencia”⁹⁰.

En el caso de María y Marita llegaron a tal punto de no solo justificar la embriaguez de su conyugue, sino llegar al punto de “alcahuetearles” literalmente como ellas lo mencionan, además de mentir en el trabajo de los mismos diciendo comúnmente que estaban enfermos y por lo cual ellas afirman que se empezó a afectar la parte del trabajo, de modo que ellos llegaban en estado de embriaguez a sus respectivos trabajos o con resaca y esto hacia que afectara la responsabilidad y el bajo rendimiento en los mismos, de modo que llegaron al punto de darles tal trato que estos se sentían justificados por sus mismas esposas.

⁸⁹ *Ibíd.*

⁹⁰ SAÉZ, ACERO. (1995), pp. 206-207 *TRABAJO SOCIAL Y ALCOHOLISMO*. (C. D. SOCIAL, Productor)
Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9595110201A/8424>

Lo cual concierne con el rol disfuncional del rescatador mencionado por Aizpún, 2006 (citado en Alazraki)⁹¹ “El rescatador: este miembro se encarga de salvar al adicto de los problemas que resultan de su adicción, es decir que es quien está todo el tiempo ahí responsabilizándose y buscando posibles soluciones para el problema adquirido por el enfermo en medio de su estado de embriaguez y en casos más extremos mintiendo y cubriendo, además de justificando el estado actual de su familiar.

Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar ausencias, etc. Ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueve el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.”

A su vez en el caso de María ella insiste en que su conyugue y gran mayoría de enfermos no cambian hasta que no tocan fondo, a lo cual ella afirma que “los fondos no es lo que se toca sino lo que te hace cambiar en el momento” y lo cual tiene concordancia con los mecanismos de afrontamiento de la familia alcohólica, llamados Esfuerzos por enfrentar y modificar la causa del conflicto afrontado mencionado por González Paullada, A.T. 2005 (citado en Pilataxi)⁹² afirma que la familia también “toque fondo”. Es ir a la raíz del problema y se expresa con el inicio del tratamiento rehabilitatorio, luego que el sujeto y la familia se declaren impotentes ante el tóxico.

⁹¹ Alazraki, op. Cit.

⁹² Pilataxi, op. Cit.

Seguidamente la recolección de datos de esta investigación contesto al segundo objetivo específico planteado que es **describir cuales son las actitudes que toman los familiares al tener un miembro alcohólico en la familia**, puesto que cada familia opto por tener varios tipos de comportamientos y actitudes ante tal enfermedad.

En el caso de María se pasó por diferentes etapas, la primera fue la de exigencia y paso a hacer el papel de mamá e hijo, continuamente paso a ser agresiva a tal punto de agredirlo físicamente y a consumir alcohol al igual que él, con el fin de llamar su atención y que él sintiera un poco de lo que ella sentía, claramente esto fue un intento fallido para lograr el cambio del bebedor problema y en este caso era ella quien se estaba haciendo daño porque no le gustaba consumir alcohol en realidad.

Seguidamente, paso a la etapa de volverse victimario a convertirse en víctima, a tal punto que ella le acolitaba todo a su conyugue, empezando por atenderlo súper bien en cuanto a la comida para que se le pasase la resaca, seguido por tenerle toda la ropa y demás con gran eficacia, tratarlo con amor y evitando todo tipo de conflictos hasta llegar al punto de contratarle una enfermera para la colocación de líquidos, con el fin de que éste llegase bien a su trabajo y sin ninguna secuela del alcohol antes consumido.

Posteriormente dicho lo anterior Aubrion 1994⁹³ habla de varios tipos de conyugues los cuales afrontan el alcoholismo de distintas maneras como lo es el de “Conyugue condicionado: este conyugue es la mayor parte de las ocasiones una mujer, ya que adoptan el papel de justificado-ras, suelen disculpar, aceptar y adaptarse al problema sin plantear crisis o cambios.”

⁹³ Aubrion, J. (1994). “Ensayo sobre la función de algunos cónyuges en la inducción de la conducta alcohólica”. Revista Española de Drogo dependencias. 19 (4) 350-353.

Claramente todos estos intentos fueron fallidos, de tal modo que aún no eran conscientes de que esta era una enfermedad la cual no tiene cura, pero si se logra contener por medio de la abstinencia.

En el caso de Marita inicialmente ella optó por mucho rechazo, resentimiento y odio hacia el alcohol porque pensaba que éste era el causante de que su familiar enfermo actuara de determinadas maneras, seguidamente ella paso a justificarlo y a culpar a todo y a todos del consumo de alcohol de su conyugue sin saber en realidad que era lo que estaba sucediendo.

En el caso de Imelda inicialmente ella era agresiva y exigente con su conyugue, paso a querer acabar con su matrimonio y su familia a causa de la enfermedad de él y a centrarse solo en lo negativo que él tenía, sin darse cuenta de todos los aspectos positivos de su esposo y que su actuar era a causa de su enfermedad.

Finalmente, estas tres conyugues llegaron a tal punto que pensaron en tomar la dura decisión de divorciarse a causa del desespero e impotencia que le causaba la enfermedad de su conyugue, de tal modo que todos sus intentos siempre eran fallidos y que por más ayuda o actitud tomaran ellas ante tal circunstancia la situación se tornaba cada día más enfermiza para toda la familia.

Dicho lo anterior estas familias toman diferente tipo de actitudes como lo refiere Louro, I, 2004 (citado en Pilataxi, 2015)⁹⁴ “consideran la enfermedad como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, un cambio en su comportamiento y modo de vida habitual. No solo ocasiona estrés a la persona que la padece sino también tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo.”

⁹⁴ Pilataxi, op. Cit.

A su vez González Paullada, A.T. 2005 (citado en Pilataxi)⁹⁵ nos habla de la solución de problemas y la teoría del procesamiento en la cual la familia del bebedor problema debe afrontar dicha realidad, el objetivo de ésta es analizar los procesos seguidos durante la solución de problemas bien estructurados y a su vez esta se caracteriza porque el sujeto trata de resolver un problema, dependiendo de la interacción de tres elementos: PI, estructura del medio ambiente de la tarea y espacio problema desarrollados a continuación:

El Sistema de Procesamiento de Información (PI) del sujeto: tiene unas características generales invariantes que son: un sistema adaptativo flexible que actúa de manera serial o secuencial, es decir por *etapas* o con una serie de limitaciones puntuales, que viene siendo limitada.

Estructura del Medio Ambiente de la Tarea: Características objetivas del enfermo problema y como las describe el familiar, de tal modo que se determinen *posibles estrategias para solucionar el problema*.

Espacio Problema: Interpretación y representación personal que hace el sujeto del ambiente de la tarea, es decir como el *familiar interpreta y representa el ambiente según su propia concepción de lo sucedido*.

Posteriormente, el autor plantea la búsqueda de culpables: la culpa es una de las emociones más destructivas que experimentamos por algo que ha ocurrido en el pasado, pero el alcoholismo que sufren estas familias no es un error personal, deben abandonar la sensación de culpa que sienten.

Finalmente, la investigación realizada contesta al último objetivo específico planteado que es ***caracterizar cuales son los cambios en el entorno familiar cuando uno de sus miembros es alcohólico***.

⁹⁵ *Ibíd.*

En cada una de estas familias se generaron cambios muy significativos, debido al alcoholismo dentro de ella, de modo que la familia se convierte en coadicta de su familiar enfermo en el cual se tienen enfrentamientos constantes, tratando de controlar la vida del enfermo, de modo que este por su adicción no se responsabiliza de su rol, ni de sus actos.

Se pudo evidenciar que en los tres estudios de caso estos cambios se dieron, los esposos perdieron autoridad, credibilidad, respeto y cariño dentro del hogar y por lo cual las conyugues empezaron a sentir una serie de sentimientos hacia ellos, los cuales no eran sanos para su dinámica familiar, entre ellos tenemos, fastidio, inseguridad, agresividad, depresión, desesperación, rechazo, aislamiento, timidez, ausencia, angustia y desconfianza.

Además de criticarlos y juzgarlos ellas se tornaron agresivas y con un alto grado de exigencia a causa de su desesperanza e impotencia al no poder lograr que su conyugue cambie y de este modo generando gran dependencia emocional.

De igual forma ellas siempre estaban buscando culpables del alcoholismo de su conyugue, con el fin de justificarlo, pero a su vez sus cambios de temperamento cada fin de semana eran notorios y enfermizos tanto para ellas como para todo su entorno familiar, esperando la llegada de los mismos a casa y sin saber en qué estado iban a llegar.

En cuanto a la búsqueda de culpables González Paullada, A.T. 2005 (citado en Pilataxi) habla de mecanismos de afrontamiento de la familia y por lo cual afirma que “la culpa es una de las emociones más destructivas que experimentamos por algo que ha ocurrido en el pasado.”

Dicho lo anterior coincide con los constructos teóricos de Lloret 2001⁹⁶ “Las reacciones agresivas sobre la familia son, como hemos dicho, una de las

⁹⁶ Lloret, op. Cit.

consecuencias más llamativas de la adicción al alcohol de uno de los miembros de la familia”⁹⁷.

Posteriormente Aubrion 1994⁹⁸ habla de los diferentes tipos de conyugues y a lo cual estas conyugues se adaptan, en este caso es la del “conyugue inadaptado: este tipo de compañero, suele ser una persona con muy buenas intenciones en lo que al tratamiento se refiere, pero con pocas estrategias para resolver el problema.

En general dinamiza la autoestima del alcohólico con reproches, amenazas, excesiva vigilancia, pero sin cambios en las contingencias conductuales, por lo que no son efectivos.”

A su vez Aizpún, 2006 (citado en Alazraki)⁹⁹ nos habla de los roles disfuncionales que toman estas familias y en este caso es “el recriminador: esta persona se encarga de culpar al adicto de todos los problemas de la familia, esto sólo funciona para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir consumiendo” y de igual forma el de “el disciplinado: este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y arremete al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos llegan a albergar por las adicciones de sus familiares.”

De igual forma los resultados obtenidos referente a los hijos que son de gran importancia en cuanto a los cambios que genera esta enfermedad, se pudo evidenciar que en cada familia los hijos fueron afectados a pesar de la corta edad que tenían en el momento de la vivencia y consumo excesivo de alcohol de sus

⁹⁷ *Ibíd.*, p. 118.

⁹⁸ Aubrion, op. Cit.

⁹⁹ Alazraki Yossifoff, C. (s.f.). Obtenido de

http://www.aesfashu.es/content/979394/ADULTOS_Alcoholismo_Tema_11/11._LA_DINAMICA_FAMILIAR_EN_FAMILIAS_CON_UN_MIEMBRO_ALCOHOLICO.pdf

padres y por lo cual se llega a concluir que las afectaciones son notorias e irreversibles.

En los tres estudios de caso fueron afectados los hijos, de tal modo que cada una de las familias tiene un hijo alcohólico dentro de ella y además los otros hijos también fueron afectados ya se de manera positiva o negativa.

En el caso de Imelda, según lo refiere ella cuando sus hijos estaban en la etapa de la niñez, les cohibía muchas cosas, empezando porque no podían hacer bulla, ni prender el televisor, no atender el teléfono y mucho menos jugar dentro de casa, con el fin de no despertar a su padre y en caso de ser así los culpaba a ellos de que éste se fuese a embriagar, además los llevaba a horas muy altas de la noche a buscarlo a las cantinas y sitios donde él frecuentaba.

Dicho lo anterior Según Washton, 1991¹⁰⁰ “la familia es el lugar en el que son transmitidos valores, hábitos, educación adecuada, propicios dentro del desarrollo normal de todo hijo y la consolidación de su identidad.” A su vez Espino, G. 2008 (citado en Pilataxi, 2015)¹⁰¹ hace referencia que “en estas familias existe menor cohesión y flexibilidad, más acontecimientos estresantes, más tensión, menos compenetración y apoyo mutuo, menos estímulo a actuar libremente y a expresar directamente los sentimientos, menos intereses intelectuales, culturales, sociales y recreativos y más control en cuanto a la existencia de reglas.”

De igual forma Alazraki, C. 2006 (citado en Pilataxi, 2015)¹⁰² afirma que “las familias con un miembro alcohólico se caracterizan por ser generalmente inflexibles, en donde las reglas, por lo general, son inhumanas, lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles, éstas pueden cambiar constantemente o se mantienen aunque sean absurdas; los límites tienden a ser

¹⁰⁰ Ferraro, op. Cit, p. 27.

¹⁰¹ Pilataxi, op. Cit, p.42.

¹⁰² Ibid., p. 42.

rígidos y difusos, inconstantes o inexistentes; además las jerarquías se vuelven disfuncionales y también son difusas; y la comunicación es indirecta y enmascarada o directa pero agresiva.”

En el caso de María su hija le tiene gran repudio al alcohol, de tal modo que jamás ha consumido bebidas alcohólicas, por el contrario, en el caso de Imelda su hija es temerosa, desconfiada y consta de baja autoestima, a su vez su otro hijo es consumidor de sustancias psicoactivas.

Lamentablemente en ninguno de los casos los hijos aceptan tener una enfermedad y a lo cual se tiende a repetir la historia de su padre. A lo cual Alazraki, C. 2006 (citado en Pilataxi, 2015)¹⁰³ afirma que “... el sistema familiar establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe durante varias generaciones” de igual forma Lloret 2001¹⁰⁴ afirma que “la prevalencia del alcoholismo parental es un factor de riesgo asociado a los trastornos psíquicos de los hijos”

De igual forma lo anterior coincide con el planeamiento de Robitschek, C y colaboradores que afirman lo siguiente “Se han estudiado las familias de los alcohólicos, como modelos de funcionamiento familiar disfuncional y generadoras de problemas emocionales en sus miembros, así como las consecuencias de este tipo de relaciones familiares en el desarrollo adulto de los hijos de alcohólicos.”¹⁰⁵

Posteriormente Washton, 1991¹⁰⁶ afirma que “los hijos desarrollan una predisposición a buscar o crear situaciones de conflicto. De manera recurrente vivieron en crisis constante, por lo que no sabe cómo vivir de manera tranquila porque lo que conoció en su familia fue miedo, inseguridad, violencia y confusión,

¹⁰³ Pilataxi, op. Cit, p. 42.

¹⁰⁴ Lloret, op. Cit.

¹⁰⁵ *Ibíd.*

¹⁰⁶ Ferraro Mariela “Alcoholismo, familia y codependencia.”, p. 20 tomado de <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/662/Ferraro%20Mariela.pdf>

no disponen de referencias claras que les indique cuando una situación es normal o anormal, buena o mala. Desconocen la capacidad de goce y no logran experimentar satisfacción personal de una manera plena.”

Posteriormente, según lo refiere cada conyugue, ellas buscaron todo tipo de ayuda de manera desesperada, con la esperanza de que sus familiares enfermos cambiaran y dejaran de consumir alcohol, en su intento fallido decidieron tomar por ultima instancia llevarlos a la comunidad de Alcohólicos Anónimos, donde encontraron la solución a la enfermedad de su familiar.

Cada uno de ellos está en constante recuperación, debido a que esta enfermedad no tiene cura, solo están abstemios ante el líquido, pero a pesar de que llevan años sin consumir una sola gota de alcohol, están expuestos a recaídas constantes, de tal modo que el alcohol es socialmente aceptado y tiende a usarse en todo tipo de celebración y comúnmente es ingerido por mayor parte del entorno que los rodea diariamente.

Seguidamente en el caso de María en el proceso de recuperación de su familiar enfermo, él empieza a sacar los defectos de carácter de su personalidad como: mal genio, lujuria, ambición, egoísmo, envidia, prepotencia, orgullo y soberbia, de tal modo que su enfermedad no es solo el consumo de alcohol, sino los defectos de carácter, los cuales también son parte de ella.

Después de un tiempo ella tomo la decisión de buscar ayuda, de igual forma, debido a que se dio cuenta de que no solo él estaba enfermo y que a causa de su enfermedad ella también había sido afectada y que por lo cual, a su vez debía rehabilitarse, de tal modo que buscó ayuda en la comunidad Al-Anon, en la cual aprendió no solo a entender y a vivir con la enfermedad de su conyugue sino a cambiar en ella todo aquello que se había perdido y que se había cambiado en su vida personal y dentro de su familia debido a esta enfermedad.

Empezando por el cambio de roles, de tal modo que él abordó el rol de padre y esposo que había dejado durante muchos años, a su vez ella se tornó amorosa, cariñosa, comprensiva, respetuosa y solidaria al comprender que los defectos de carácter eran parte de la enfermedad y de la recuperación y finalmente en este proceso no solo se rehabilito él sino toda su familia.

En el caso de Marita de igual forma ella busco todo tipo de ayuda, con el fin de buscar una solución al problema de su familiar enfermo y poder cambiar todo aquello que no estaba en su lugar, de igual forma, en última instancia buscó ayuda en Alcohólicos Anónimos y por lo cual ya lleva varios años en su recuperación, a su vez él tendió a tener también defectos de carácter, debido a que es parte de su enfermedad.

Por lo cual él se convirtió en una persona agresiva, depresiva, impulsiva y bipolar, de igual forma ella no entendía el porqué de su cambio de personalidad, a lo cual ella actuaba de manera negativa, de modo que no solo sentía enojo, celos y envidia al ver su cambio positivo, sino que le reprochaba el hecho de que cada día tenía mayor recuperación y ella se estaba quedando sin trabajo como la misma lo afirma, debido a que él recupero su autonomía y cambio la total dependencia que tenía hacia ella.

Dicho lo anterior concuerda con lo dicho por Aubrion 1994,¹⁰⁷ de modo que ella se convirtió en una “conyugue motivo: la pareja que, por su estilo de relación emocional con el alcohólico, justifica claramente el problema, se caracteriza por ser desagradable e irritante, la frialdad, y la indiferencia frente a su pareja, en cierto modo facilitan el alcohol como alternativa para su esposo.”

De igual forma ella opto por ser “conyugue inadaptado: este tipo de compañero, suele ser una persona con muy buenas intenciones en lo que al tratamiento se refiere, pero con pocas estrategias para resolver el problema. En general

¹⁰⁷Aubrion, op. Cit.

dinamiza la autoestima del alcohólico con reproches, amenazas, excesiva vigilancia, pero sin cambios en las contingencias conductuales, por lo que no son efectivos.”¹⁰⁸

De modo que el enfermo problema retomo su rol de padre y esposo dentro del hogar y ella cada día estaba más enferma, debido a los muchos años que había tenido un rol que no le correspondía, en el cual se hacía lo que ella dijese y es aquí donde también toma la decisión de buscar ayuda en la comunidad Al-Anon, de tal modo que entendió que era parte de su enfermedad y que ella también debía estar en un proceso constante de recuperación.

Por consiguiente, ella recupero su autonomía y él retomo su rol de padre y esposo, el cual había dejado durante muchos años.

De igual forma, en el caso de Imelda ella busca todo tipo de ayuda y en su intento fallido de poder cambiar a su familiar enfermo, toma la decisión de buscar ayuda en la comunidad de Alcohólicos Anónimos y por el contrario a los otros casos los defectos de carácter no se dieron en su conyugue, en el proceso de su rehabilitación, pero a su vez ella concluyo que no solo él necesitaba ayuda, sino que ella también debía rehabilitarse y a lo cual, dispo unirse a la comunidad Al-Anon.

Así que se unió a la comunidad Al-Anon y llego a la conclusión, que el alcoholismo no solo es una enfermedad, sino que ella no lo puede cambiar, controlar y mucho menos curar, es donde empieza a apoyarlo y animarlo en este proceso, además ella se dio la oportunidad de cambiar y ser cada día mejor persona en todos los sentidos de la palabra y en una lucha constante de recuperar su familia y convertirla en una familia funcional.

¹⁰⁸ Ibíd.

Dicho lo anterior concuerda con los constructos teóricos mencionados por Minuchin 1986¹⁰⁹ en la teoría sistémica la cual afirma que “las familias con esquemas disfuncionales crónicos solo pueden ser ayudadas si modifican estos esquemas”.

A su vez el modelo estructural o sistémico estudia al individuo y su contexto social constituido por técnicas y teorías que se basan en el estudio del individuo, de tal modo que la terapia trata de explicar y organizar la estructura actual de cada familia, así mismo se centra en el funcionamiento y organización de la misma e intenta organizar la estructura cuando hay cambios en ella, de tal modo que su funcionamiento y adaptabilidad a sus nuevas condiciones de vida se genere con plenitud y normalidad.¹¹⁰

¹⁰⁹Minuchin, op. Cit.

¹¹⁰Ibíd.

13. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de esta investigación a través de los estudios de caso y a su vez con los constructos teóricos utilizados en la misma se llegó a las siguientes conclusiones:

Inicialmente se pudo evidenciar que una familia funcional y con una dinámica familiar sana es indispensable, debido a que la familia es la base fundamental de la sociedad, a su vez los roles son impredecibles y por lo cual cada miembro de la familia tiene una función asignada dentro de ella.

De manera muy relevante en esta investigación el cambio que sufren las familias a causa de la enfermedad de su familiar no solo afecta al bebedor problema, sino que toda la familia es afectada por ello, en donde la dinámica familiar cambia a causa de esto y su a vez se debe adaptar a ello.

Seguidamente se pudo comprobar que a pesar de que el alcohol es legal y socialmente aceptado y consumido sin importar etnia, edad o estrato socioeconómico, estas familias no tenían conocimiento de que el alcoholismo es una enfermedad, de modo que estas personas no lograron salir de ello solas y mucho menos lograron controlarla, por el contrario, debieron buscar ayuda de terceros para la constante rehabilitación no solo de sus familiares, sino de toda la familia en general.

A su vez se pudo concluir que el alcoholismo es una enfermedad reconocida por la OMS y que los seguros de régimen subsidiado y contributivo las apoyan en sus tratamientos, además de entender que esta enfermedad no tiene cura y que el hecho de que estas personas lleven muchos años en rehabilitación no quiere decir que en algún momento no puedan recaer nuevamente, entendiendo que ellos solamente están abstemios, mas no curados.

De igual forma se pudo evidenciar que a pesar de lo común que es el alcoholismo a nivel mundial, estas familias no sabían que el alcoholismo era una enfermedad y que como cualquier otra enfermedad necesita de cuidado, ayuda y tratamiento.

Finalmente, se evidencio que la afectación en los hijos de alcohólicos es notoria e irreversible en su vida y por lo cual ellos tienden de igual manera a ser alcohólicos al igual que sus padres o a tener otro tipo de afectación ya sea de manera positiva o negativa.

En el caso de esta investigación los hijos no solo optaron por seguir el mismo patrón de comportamiento de sus padres, en referencia al alcoholismo, sino que se convirtieron en personas con baja autoestima, temerosos, desconfiados, además de dicho caso que uno de ellos es consumidor de sustancias psicoactivas y por otro lado de manera significativa y podríamos decir que positiva en uno de los casos se llegó al repudio por el alcohol, evitando así el consumo del mismo.

14. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda a la Administración Municipal a través de su política pública tener en cuenta un grupo interdisciplinario donde el Trabajador Social sea ese agente que promueva y apoye los procesos de rehabilitación con redes de apoyo familiar de los enfermos de alcoholismo en diferentes centros ubicados en los diferentes barrios de la ciudad.
- ✓ Sensibilizar a la familia de la importancia que tiene apoyar a sus familiares en los procesos de rehabilitación del consumo de alcohol a través de terapias con profesionales de Trabajo Social y Psicología.
- ✓ Concientizar a la sociedad con el fin de evitar la discriminación y estigmatización que se genera a causa de su enfermedad y de este mismo modo quitar los estigmas que existen en cuanto a A.A y Al-Anon, teniendo en cuenta que son lugares en los que se encuentra mutuo respeto y anonimato para la rehabilitación de enfermos y familiares.
- ✓ Se recomienda a la comunidad de Alcohólicos Anónimos y Al-Anon a que no sea solo una comunidad en la cual los enfermos se rehabilitan a través de sus propios medios y testimonios, sino que se haga a través de profesionales como Psicólogos y Trabajadores Sociales para apoyar los procesos de rehabilitación de los enfermos alcohólicos y a sus respectivas familias.
- ✓ Se sugiere hacer más investigaciones concernientes al presente tema desde el Trabajo Social teniendo en cuenta que hay muy pocos, con el fin dar a conocer la importancia de la profesión.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Anon Family Groups, I. (s.f.). Obtenido de <https://al-anon.org/newcomers/>

Alazraki Yossifoff, C. (s.f.). Obtenido de http://www.aesfashu.es/content/979394/ADULTOS_Alcoholismo_Tema_11/11._LA_DINAMICA_FAMILIAR_EN_FAMILIAS_CON_UN_MIEMBRO_ALCOHOLICO.pdf

Alcaldía de Popayán. (s.f.). Obtenido de <http://www.popayan.gov.co/ciudadanos/la-alcaldia/planeacion-gestion-y-control/plan-de-ordenamiento-territorial-pot>

Anónimo. (1962). Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

Anónimo. (1983). Preguntas frecuentes acerca de A.A. Medellín, Colombia.

Anónimo. (2003). *Psicología Iberoamericana* (Vol. 11). México: Departamento de Psicología. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37860165/la_disputa_cualitativo-cualitativo_en_ciencias_sociales.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1553049905&Signature=CflzdGOK0kBXs%2FxFxKW%2Fo%2FMXubU%3D&response-content-disposition=inline

Anónimo. (2008). Alcoholics Anonymous world services, INC. New York.

Anónimo. (2018). *El Mensaje* (Vol. 168). Colombia.

Colombia, G. d. (2010). Función pública. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38680>

DANE. (2005). Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Popay%C3%A1n>

DERECHO A LA SALUD. Síndrome de abstinencia por el alcohol, T-1325/01 (Corte Constitucional 01 de 12 de 2001). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/t-1325-01.htm>

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Colombia 2015. En: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11657/Tesis%20Carolina%20Molano%20D%EDaz%20y%20M%F3nica%20Sanguino%20G%F3mez.pdf?sequence=1>

Española, R. A. (s.f.). Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=QuL6cti>

FERRARO Mariela “Alcoholismo, familia y codependencia.” tomado de <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/662/Ferraro%20Mariela.pdf>

Ferrer, J. E. (2013). Caracterización de un grupo de familias con integrantes alcohólicos masculinos residentes en Cayo Hueso. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph131a.pdf>

Generales, O. d. (s.f.). Grupos de Familia Al-Anon. Obtenido de <http://alanonespana.org/alanon-historia>

Gómez, J. V. (2005). *Psiquiatría.com*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Cobo/publication/301590159_El_concepto_de_depresion_Historia_definiciones_nosologia_clasificacion/links/5b10ffcca6fdcc4611d9a06a/El-concepto-de-depresion-Historia-definiciones-nosologia-clasificacion.pdf

GONZÁLEZ, Yesica Claudia. El Consumo De Alcohol En Estudiantes Del Distrito Federal Y Su Relación Con La Autoestima Y La Percepción De Riesgo. Universidad Nacional Autónoma De México. (2005). en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_jessica.pdf

GUARDIA, J. P. (marzo de 2007). Alcoholismo. Obtenido de http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf

GUTIÉRREZ, H. C. (2011). Los elementos de la investigación como reconocerlos, diseñarlos y construirlos (1 ed.). Magisterio.

LLORET IRLES Daniel Alcoholismo: una visión familiar en revista Salud y drogas • Vol. 1 • Nº 1 • (2001), p. 113-128 Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910107>

MARTIN MARTINEZ Silvia.(2014)“La sombra del Alcoholismo” , consultado en
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671850/martin_martinez_silviatfg.pdf?sequence=1

MINUCHIN, Salvador. (1986). Familias y terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa.

MINUCHIN, Salvador. (1996-1997). Perspectivas sistémicas. (46).

MINUCHIN, Salvador. (2004). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.

MINUCHIN, Salvador. (s.f.). (10 octubre 2018) Modelo terapéutico estructural. Recuperado de:
http://maestriaterapiafamiliarunam.weebly.com/uploads/6/1/1/9/6119077/modelo_estructural_monografia.pdf

MODINO, I. M. (2018). *La familia: el divorcio y los hijos*. Obtenido de Psicología Online: <https://www.psicologia-online.com/la-familia-el-divorcio-y-los-hijos-2996.html>

MOLANO Diaz Carolina Adriana. Toxicomanía: el alcohol y la cultura Colombiana. Programa de Psicología

MOLANO-TOBAR NJ, MOLANO-TOBAR DX. Concepción frente al Consumo de Alcohol en jóvenes de la Universidad del Cauca. Rev Univ.Salud. (2016); 18(3):532-540. Tomado de <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.58>

NAVEILLAN Pedro “sobre el concepto de alcoholismo “(1981), p. 344 consultado en pendiente

NAYADE RIQUELME PEREIRA, J. M. (junio de 2002). SISTEMAS DE ENFRENTAMIENTO EN FAMILIAS DE ENFERMOS ALCOHOLICOS. *Ciencia y enfermería*, 8. Obtenido de
[file:///C:/Users/Asus/Downloads/SISTEMAS_DE_ENFRENTAMIENTO_EN_FAMILIAS_DE_ENFERMOS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/SISTEMAS_DE_ENFRENTAMIENTO_EN_FAMILIAS_DE_ENFERMOS%20(1).pdf)

OLIVA GÓMEZ Eduardo, VILLA GUARDIOLA Vera Judith Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización, Justicia Juris, Vol. 10. Nº 1. (enero – junio 2014), pp. 11-20 tomado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

PÉREZ PORTO, Julian M. M. (2015). *Definición de rechazo*. Obtenido de <https://definicion.de/rechazo/>

PILATAXI, N. J. (2015), pp. 10-11 EL ALCOHOLISMO Y SU INFLUENCIA EN LA DINÁMICA, EL APRENDIZAJE DE LOS ALUMNOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA DOCTOR BENJAMIN CARRION MORA DE LA CIUDAD DE QUITO, PERIODO 2014". Loja, Ecuador. Obtenido de <file:///C:/Users/Asus/Desktop/MARCOS%20TESIS/TESIS%20NELY.pdf>

SAÉZ, Acero. (1995). TRABAJO SOCIAL Y ALCOHOLISMO. (C. D. SOCIAL, Productor) Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9595110201A/8424>

Salud, O. M. (2002). SINOPSIS. Ginebra. Obtenido de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf

SÁNCHEZ MARTÍNEZ, Cynthia Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes *Psicología Iberoamericana*, vol. 20, núm. 1, (enero-junio, 2012), pp. 18-28 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623003>

Santí, P. H. (martes de abril de 2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000200013&script=sci_arttext&tlng=pt

SUMBA Hidalgo Rafael Mauricio. (2014). El alcoholismo en la adolescencia. Monografía previa a la obtención del Título de Licenciado en Orientación Familiar. Cuenca Ecuador en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19993/1/TESIS.pdf>.

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. Obtenido de Serie documentos de trabajo: <http://hdl.handle.net/10419/84390>

ANEXOS

Anexo 1: Modelo de entrevista estructurada para la familia del paciente alcohólico.

ENTREVISTA PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHÓLICO.

PARTE I:

FECHA: _____ LUGAR: _____ HORA: _____

PARTE II: DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____

EDAD: ____ HIJOS: SI ____ NO ____ CUÁNTOS: ____ EDADES: _____

PARTE III: DESCRIPCIÓN VERBAL

P1: ¿Cuánto tiempo su familiar consumió alcohol y usted sabe el motivo?

P2: ¿Usted de qué manera ve reflejado el cambio de los roles en su familia, debido al consumo de alcohol de su familiar?

P3: ¿Cree usted que los roles familiares son importantes dentro de un hogar y por qué?

P.4: ¿Durante el consumo de alcohol de su familiar, usted ha tenido alguna mala vivencia junto a él y cuál ha sido?

P5: Debido a la anterior pregunta planteada, si su respuesta es afirmativa responda la siguiente pregunta ¿Qué consecuencias le ha traído consigo este tipo de malas vivencias

P6: ¿Qué necesidades y afectaciones económicas, físicas y culturales le ha traído el consumo de alcohol de su familiar?

P7: ¿Qué actitud ha tenido usted referente al alcoholismo de su familiar?

P8: ¿Cómo se ha visto afectada su familia debido al excesivo consumo de alcohol de su familiar?

P9: ¿Qué ha hecho usted para ayudar a su familiar a dejar o controlar el consumo de alcohol?

P10: ¿Usted consume bebidas alcohólicas en presencia de su familiar alcohólico y con qué frecuencia lo hace?

P11: ¿Tiene antecedentes familiares los cuales hayan sido alcohólicos?