

11226 72
2ej

Titulo

Eficacia De Los Grupos "Al-Anon" En
El Tratamiento De La Disfunción
Familiar Causada Por El Alcoholismo
Paterno

269725

Morelia, Michoacán

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

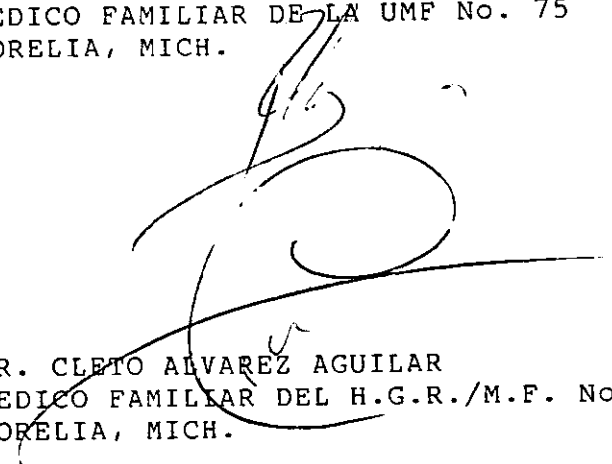
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESORES DE TESIS

DRA. MA. ROSAURA CORIA GIL
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF No. 75
MORELIA, MICH.



DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
MEDICO FAMILIAR DEL H.G.R./M.F. No. 1
MORELIA, MICH.



DEPARTAMENTO DE
EDUCACION E INVESTIGACION

alfredo villareal amaro

DR. ALFREDO VILLAREAL AMARO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEL H.G.R./M.F. No. 1 MORELIA, MICH.

Ma. del Refugio Valencia Ortiz

DRA. MA. DEL REFUGIO VALENCIA ORTIZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR DEL H.G.R./M.F. No. 1
MORELIA, MICH.

A Pável, Luis Octavio y Luis
por todo su Amor y Sacrificio.

A mis Padres y Hermanos
por su apoyo y comprensión.

A la memoria de mi Abuela.

Mi eterno agradecimiento a
Eduardo Sopera Martínez
por su colaboración en la
realización de éste trabajo.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS.....	2
Aspectos Epidemiológicos.....	3
El Alcoholismo, una enfermedad.....	5
Alcoholismo, un problema Médico-Social.....	6
La Familia.....	7
La Familia Alcohólica.....	8
El Modelo McMaster del Funcionamiento Familiar..	10
Dimensiones de Funcionamiento Familiar.....	13
JUSTIFICACION.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
Hipótesis	
Objetivos	
MATERIAL Y METODOS.....	18
Población de estudio	
Criterios de Inclusión	
Criterios de Exclusión	
Selección de la muestra	
Variables	
Definición de Variables	
Análisis estadísticos	
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	26
ANEXO I.....	27
ANEXO II.....	28
ANEXO III.....	29
ANEXO IV.....	31
ANEXO V.....	33
ANEXO VI.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	37

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo se ha incrementado en forma importante en nuestra sociedad en las últimas décadas; éste problema puede estar dado por varios factores como son: la pobreza, el crecimiento incontrolado de la población urbana debida en gran parte a la migración rural, la inflación y el hecho de que el alcohol es la droga que mas fácilmente se puede adquirir, por su bajo costo y su alta difusión; constituyendo un verdadero, preocupante y creciente problema de Salud Pública. (1)

Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en sus manifestaciones agudas o crónicas, y las repercusiones directas e indirectas de dicho consumo, son enormes; éste problema sobrepasa, con mucho, el caso de otras enfermedades con expresiones o complicaciones primordialmente centradas en la esfera biológica. (2) Esta enfermedad, además de causar estragos orgánicos, psíquicos y sociológicos en el individuo que la padece, es origen de fuertes trastornos en el núcleo familiar.

Los aspectos etiológicos del proceso, la farmacocinética del alcohol y los efectos orgánicos de éste en el organismo humano han sido estudiados ampliamente por diversos autores, existen también estudios dirigidos a las repercusiones que tiene en todo el ámbito de la Familia y la Sociedad.

Generalmente se acepta que la convivencia con un enfermo alcohólico puede afectar psicológica y emocionalmente a cualquier persona -por lo menos a siete individuos, mencionan los grupos de Alcohólicos Anónimos-. (3)

Cuando un miembro de la familia padece la enfermedad suceden una serie de conflictos entre éste y el resto de sus miembros, alterando la dinámica familiar.

Frecuentemente en la consulta de Medicina Familiar y en la vida cotidiana, se observan un gran porcentaje de familias disfuncionales, con graves problemas económicos, sociales, laborales, divorcios, esposas e hijos maltratados, pandillerismo, hijos potencialmente alcohólicos y adictos a otras drogas, deserción escolar y diversos trastornos emocionales.

A pesar de los múltiples programas actuales sobre Alcoholismo y sus repercusiones tanto familiares como sociales, hemos visto que no se han tenido resultados satisfactorios, por lo que es importante para los profesionales de la Medicina, conocer si los grupos de autoayuda, como los grupos de Familias Al-Anon, representan una alternativa para todas aquellas familias que se encuentran con alteraciones en su dinámica debido a la presencia de un miembro alcohólico.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CIENTÍFICOS

El alcohol es tan antiguo como la humanidad misma. Quizá haya sido en forma accidental como las primeras culturas de nuestro planeta, descubrieron los efectos que se producían al ingerir los fermentos de algunas frutas.(4)

En diferentes investigaciones antropológicas e históricas, se han encontrado evidencias de su uso, incluso desde la edad de piedra. Esto indica que el hombre ha ingerido alcohol desde hace por lo menos 5000 años.(4)

Quizá el producto vegetal más antiguo que se hizo fermentar fue la miel; igualmente existen datos para creer que el aguamiel de algunas plantas sirvió para hacer los primeros destilados.(4)

Todas las culturas antiguas conocieron el proceso de fermentación y destilación del alcohol, habiendo sido quizá los árabes quiénes lo inventaron.

Asimismo se dispone de testimonios escritos sobre el conocimiento que los griegos, egipcios, hebreos y romanos tenían acerca del vino y otras bebidas, sobre sus efectos, por lo menos los inmediatos, y se conservan observaciones acerca de la conducta del individuo en estado de ebriedad.(4) En la Biblia se hace mención del sentimiento de vergüenza que ocasionó a los hijos de Noé cuando encontraron a éste completamente ebrio.

En el México prehispánico, el alcohol, representado por el octli o pulque, también fue conocido por nuestros indígenas, habiéndole atribuido virtudes mágico-religiosas. Su consumo básicamente era durante las ceremonias por los sacerdotes y nobles, y el beber fuera de éstas ocasiones era tenido por un crimen. Otra versión señala que todas las culturas del altiplano consideraban al pulque como una bebida sagrada, que solo se les permitía ingerirla a los sacerdotes, guerreros y a los que iban a morir, en tanto que el resto de la población solo podía consumirlo una vez al año, pero sin llegar a la embriaguez. Quizá por ésta razón no existían problemas de alcoholismo entre nuestros antecesores.(3)

Pero con la llegada de los españoles a México, la condición social de nuestros indígenas cambió totalmente, lo que hizo que buscaran los efectos del pulque para olvidarse de su nueva situación, aunándose a esto la presencia de bebidas de mayor graduación producto de la destilación.(4)

Así, en cada uno de los diferentes cambios sufridos en nuestro país; por razones políticas, sociales y económicas ha habido un incremento progresivo en el consumo de bebidas alcohólicas; convirtiéndose, quizá en el problema de salud más importante no solo de nuestro México, sino del mundo entero.(6)

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En 1986 y 1988 se llevaron a cabo, en México dos encuestas nacionales, la de Salud y la de Adicciones que arrojaron los siguientes resultados respecto de la dependencia al alcohol.(2)

Aproximadamente el 7.3% de la población de 12 años de edad y mayores consume alcohol en forma importante. Esto significa que uno de cada 14 habitantes de esas edades tenga problemas serios con su manera de beber.(2)

El 5.9% de la población urbana entre 18 y 65 años de edad refieren síntomas de dependencia al alcohol, es decir, 1 de cada 17 habitantes de ese tipo de población. Otra manera de cuantificar esa proporción sería señalando que aproximadamente 1 600 000 mexicanos de 18 a 65 años, que radican en poblaciones de más de 2 500 habitantes, presentan datos de dependencia al alcohol.(2)

El 14% de los hombres mayores de 12 años consume alcohol de forma preocupante, y solo el 1% de las mujeres lo hace.(2)

El 12.5% de los hombres y el 0.6 de las mujeres muestran síntomas de dependencia.(2)

El 6.4% presenta por lo menos un episodio semanal de embriaguez y el 11.0%, de uno a tres episodios en un mes. Puede decirse entonces que uno de cada 6 varones de 18 a 65 años se embriaga por lo menos una vez al mes.(2)

El 6.8% de la población de 18 a 29 años presenta éste problema, disminuyendo a 5.2% en el grupo de 30 a 39 años y a 4.7% en los de 40 a 49 años; mostrando un discreto incremento en el grupo de 50 a 65 años, alcanzando el 5.4% de la población.(2)

El 6.8% de la población de 18 a 29 años son bebedores consuetudinarios, el 8.1% lo son en la población de 50 a 65 años de edad.(2)

La población con seis o menos años de escolaridad tiene una proporción de 6.7% de dependientes al alcohol, en tanto que aquellos con 13 o más años de escolaridad tiene una cifra del 2.8%.(2)

El impacto del gasto en bebidas alcohólicas está relacionado con el nivel de escolaridad y la ocupación del jefe de familia. Cuando éste no ha tenido acceso a la educación, destina el 7% del gasto familiar al consumo de bebidas alcohólicas, en tanto que, el gasto disminuye al 2% entre la población de padres con educación universitaria. Y los jefes de familia dedicados a las actividades agrícolas gastan el 9% de sus ingresos en la compra de bebidas embriagantes.(2)

Entre las repercusiones del alcoholismo sobre la salud tenemos tres entidades asociadas al consumo excesivo de alcohol: la cirrosis hepática, los homicidios y los accidentes automovilísticos. Entre la población de 25 a 54 años, éstas tres entidades se encuentran entre las principales causas de muerte y son responsables en la República Mexicana de una de cada cuatro de las defunciones que se presentan en esos grupos de edad. (2)

El alcoholismo se encuentra presente entre las primeras cinco causas de hospitalización psiquiátrica entre la población masculina mayor de 25 años en nuestro país. (2)

En 1990, en la Unidades de atención Médica del IMSS se atendieron un poco más de 15 000 nuevos casos de Psicosis alcohólica, abuso de alcohol o síndrome de dependencia al alcohol, representando el 2.4% de casos nuevos de padecimientos mentales. (2)

El alcoholismo está íntimamente vinculado con hechos delictivos, teniendo que uno de cada 5 delitos es cometido bajo los efectos del alcohol, que 18% de los accidentes de tránsito ocurren también en razón de su ingesta inmoderada, que uno de cada tres o cuatro suicidios se cometen después de un consumo elevado de ésta sustancia y que casi la mitad de los homicidios se dan también bajo esas condiciones. (2)

En cuanto al tipo de bebidas que se ingieren se encontró que la cerveza es la bebida que más se consume, seguida por las bebidas destiladas, por el vino de mesa y en cuarto lugar por el pulque. (2)

EL ALCOHOLISMO, UNA ENFERMEDAD

Se dice que alguien depende de una droga (en éste caso del alcohol), cuando la desea vehementemente por que se ha habituado tanto a ella que se convierte en una necesidad; y de no ingerirla aparecen síntomas orgánicos que eventualmente pueden llevarlo a la muerte es entonces cuando se habla de dependencia física. Si al suspender la administración de la droga no ocurre ningún trastorno serio, de hable de una dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas de dependencia, y por tanto está considerado como una verdadera farmacodependencia.(4)

En 1951, el Dr. Ford definió al alcoholismo como una enfermedad, física, psíquica y espiritual.(4)

El Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers, en 1958, definió al alcoholismo como una enfermedad crónica, un desorden de la conducta, caracterizado por la ingesta repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado, y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo.(4)

Según la agrupación de Alcohólicos Anónimos, es una enfermedad incurable, progresiva y que puede ser mortal.(3)

Lo que queda claro es que el alcoholismo, ya sea que se le considere como un síntoma o como una enfermedad, afecta al individuo como un todo, biología, psicológica y socialmente y por supuesto a su entorno familiar, con fuertes repercusiones entre los miembros que la componen.(8)

ALCOHOLISMO, UN PROBLEMA MEDICO-SOCIAL

Como ya se hizo mención en los antecedentes históricos; en nuestro México, con cada uno de los cambios sociales sufridos, ha habido un incremento en el consumo de bebidas embriagantes en forma alarmante.

Esto ha dado lugar a que las autoridades de Salud presten mayor atención al problema, elaborando numerosos programas de investigación y de estrategias para atacar éste problema.

Entre éstos programas, la Secretaría de Salud editó un Manual para orientadores en la prevención del Alcoholismo y otras adicciones, en el que se señalan varias medidas encaminadas al apoyo de las familias que tienen éste problema. (1,9)

Asimismo existe otro estudio en el que se manejan los centro de apoyo con los que cuenta la comunidad para enfrentar el Alcoholismo y otras adicciones como son el CAAF (Consejo de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares), los Centros de Integración Juvenil (CIJ), los Centros Avanzados de Atención Primaria de Salud (CAAPS) que operan básicamente en el Distrito Federal. (9)

En algunos Estados se cuenta con el CEPRAD (Consejo Estatal para la Prevención de las Adicciones), que como su nombre lo indica, su labor radica esencialmente en aplicar medidas preventivas.

LA FAMILIA

La Familia es el elemento primario en la estructura de la sociedad. Es una Organización social tan antigua como la humanidad misma, y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. (10)

Se define a la familia como "un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales, que pueden afectar su salud individual y familiar. (10)

En el contexto de la organización social, la familia establece la unión entre el individuo y la sociedad. De ahí que en el sistema complejo de influencias e interacciones, los conflictos sociopatogénicos e individuales encuentren expresión a través de la familia. (11)

La familia es considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobretodo la de los hijos, quiénes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo. (13)

Entre las funciones de la familia tienen especial importancia dos aspectos, el apoyo y protección de cada miembro y la formación desde el nacimiento hasta la edad en la cual se hace miembro independiente de la sociedad. (12)

LA FAMILIA ALCOHÓLICA

El alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central, en derredor del cual se estructura la vida de la familia; cuando éste ocurre, el alcohol llega a ser un componente inseparable de la vida de la familia; ésta se convierte en una Familia Alcohólica. (5)

El alcoholismo tiene un comienzo insidioso y una trayectoria prolongada. Por tanto, desde la perspectiva del trecho que ocupa una vida, la familia alcohólica es una familia que en cierto modo ha logrado mantener su estabilidad estructural y funcional a largo plazo, a pesar de lo que podría entenderse como un estado desestabilizante. (5)

El alcohol es una droga cuyas propiedades psicofarmacológicas incluyen la capacidad para producir efectos estimulantes transitorios y efectos depresivos posteriores, así como importantes perturbaciones en la memoria, el estado de ánimo, el sueño y la conducta interaccional verbal. (5)

La introducción de una droga psicobiológicamente activa en el sistema familiar no puede dejar de modificar también la conducta internacional, y cambiar, presumiblemente, el tono afectivo, la conducta sexual, la conducta agresiva y otras conductas. La depresión prolongada del SNC produce letargo, somnolencia y abstinencia. Las perturbaciones del conocimiento en el enfermo alcohólico obligarán con frecuencia a la familia a comunicarse en forma no verbal. Por tanto, las investigaciones de la comunidad física no verbal, del tono del sentimiento afectivo, de los ritmos de interacción, así como del contenido de la interacción verbal, adquieren importancia para la comprensión del impacto del alcoholismo sobre el sistema de la familia. (5)

El estudio de La Familia Alcohólica (Steinglass P. 1987) indica que los miembros no alcohólicos experimentan una variación considerable en el grado de no-stress. Algunos de ellos no solo son muy sintomáticos, sino que además experimentan importantes consecuencias socioconductuales (riñas, arrestos, trastornos laborales, conflictos maritales) como consecuencia de la lucha crónica de la familia contra el alcoholismo. En cambio, en otros miembros no alcohólicos, el alcohol ha ejercido muy escaso impacto en su vida personal, de familia, social y de trabajo; presentando además muy poca sintomatología psiquiátrica. Es decir, para algunas persona el alcoholismo ha producido consecuencias devastadoras, pero en otras ha tenido muy poco impacto; no encontrando relación con la gravedad del alcoholismo, medido por la cantidad de alcohol consumido o por la magnitud de las consecuencias físicas, sugiriendo que es posible que exista un tercer factor que actúa como agente protector contra el stress y las tensiones que acompañan al alcoholismo crónico, o que deja a los integrantes de la familia vulnerables a las consecuencias negativas de ése estado. (5)

Existen dos descripciones de la personalidad de las esposas de los alcohólicos, una que postula que tienen trastornos de carácter previos, que determinan su elección del compañero y contribuyen de manera sutil al alcoholismo excesivo de sus cónyuges. La otra perspectiva considera que las anomalías que se puedan detectar en las mujeres de los alcohólicos, constituyen en su mayor parte la resolución de las tensiones provocadas por los problemas del beber excesivo de sus esposos. (14)

Las reacciones de las esposas de enfermos alcohólicos varían, pero entre las características esperadas están ansiedad, inseguridad, ira, aislamiento social y rechazo a las relaciones sexuales. En ocasiones se desarrolla una extrema y prolongada negación pública de los problemas domésticos por el alcohol. Es casi inevitable que exista cierto grado de transferencia de roles, donde la mujer adopta un papel más dominante en la toma de decisiones de la pareja. (14)

Varias categorías de problemas sociales y psicológicamente son comunes entre los descendientes de padres alcohólicos. Una es la dependencia al alcohol en sí misma, que tiene mayor prevalencia entre los descendientes alcohólicos que entre los hijos adultos de padres no alcohólicos. (14)

Las últimas investigaciones enfatizan los factores genéticos más que los ambientales. Sin embargo, en los casos de niños criados por padres alcohólicos, la identificación con ellos y el grado de imitación de la conducta paterna juegan un papel muy importante en el desarrollo subsecuente de los hábitos de consumo alcohólico y de dependencia en los hijos. Los efectos dañinos de un padre alcohólico sobre la personalidad de los hijos en crecimiento son factores determinantes de problemas emocionales que posteriormente empujarán a los hijos a encontrar alivio temporal en el alcohol. (14)

Los hijos de padres alcohólicos resultan afectados de otras formas además de su elevada tendencia a desarrollar en ellos mismos el alcoholismo. Coleman (1994) comparó 69 hijos adultos de padres alcohólicos con un grupo control de 30 estudiantes universitarios hijos de padres no alcohólicos, mayor conducta impulsiva y antisocial en los primeros que en los segundos. En Suiza, en un estudio realizado por Elpers y Lenz (1994) encontraron situaciones psicológicas anormales en niños y adolescentes hijos de padres alcohólicos. Corrao et al encontró un bajo nivel de funcionalidad global en niños, en los cuales existía problemas de alcoholismo en sus familias. Delincuencia, problemas escolares, pleitos con los compañeros, rebeldía y retraimiento social son algunos de los indicadores de alta prevalencia entre los hijos de padres alcohólicos. (17)

EL MODELO McMASTER DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto se debe de disponer de un esquema conceptual del funcionamiento de familias que nos ayude a analizar a una familia. Un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, tiene tres componentes. En primer lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro, se debe partir de un modelo de normalidad que le permita medir las anomalías. Diversas entrevistas con familias pertenecientes a diferentes culturas que funcionan en forma eficaz ilustrarán las dificultades normales de la vida familiar que trascienden las diferentes culturas.(19)

El modelo McMaster del funcionamiento familiar (MMFF), enfoca el funcionamiento de la familia en dimensiones, definiendo cada dimensión en rangos, desde "lo más inefectivo" que se asocia con la presentación de sintomatología clínica; hasta "lo más efectivo" que apoya la más óptima salud física y emocional.

Según Epstein y Bishop (1973), el modelo se fundamenta en la aproximación sistémica. En ésta aproximación la familia es vista como un sistema abierto que consta de sistemas dentro de otros sistemas (individual, diada marital, madre-hijos, etc.), y en relación con otros sistemas (familiares, escuela, industria, religión). Es aspecto total de la dinámica del grupo familiar no puede simplemente ser reducida a las características del individuo o las interacciones entre sus miembros, sino que existen reglas explícitas e implícitas que gobiernan y determinan la conducta de cada uno.

Los supuestos básicos de la teoría de los sistemas que subraya este modelo pueden ser resumidos de la siguiente manera:

- 1.- Todos los miembros de la familia están interrelacionados.
- 2.- Cada miembro de la familia no puede ser entendido en forma aislada del resto del sistema.
- 3.- El funcionamiento familiar no puede ser totalmente comprendido a partir de la comprensión de cada una de sus partes por separado.
- 4.- La estructura de la familia y su organización son factores importantes que determinan el comportamiento de los miembros de la familia.
- 5.- Los patrones transaccionales del sistema familiar dan forma a la conducta de los miembros de la familia.

El modelo asume que una función primaria de la unidad familiar es proveer de un espacio para el desarrollo y mantenimiento de los miembros de la familia en los niveles social, psicológico y biológico.

En el curso de satisfacer esta función, las familias deberán tratar con una variedad de hechos y problemas o tareas, las cuales se agrupan en tres áreas. Estas son el Área de Tareas Básica, Área del Desarrollo y Área de Tarea de riesgo ó Imprevistos.

-El Área de Tarea Básica es la más importante de las tres: involucran hechos instrumentales. Por ejemplo, las familias deben enfrentar los problemas de proveer todas las necesidades básicas como son habitación, alimentos, abrigo, transportación, etc.

-El Área de Tarea de Desarrollo abarca aquellos hechos de la familia que se presentan como resultado del desarrollo a través del tiempo. Estos desarrollos son comúnmente conceptualizados como una secuencia de etapas. En el nivel individual incluyen las fases de infancia, niñez, adolescencia, edad media y vejez. En el nivel familiar, éstos pueden ser el comienzo del matrimonio, el primer embarazo, o cuando el último hijo deja el hogar.

-El Área de Tarea Riesgosa involucra el manejo de crisis que surgen como el resultado de enfermedades, accidentes, pérdida de ingreso económico, cambio de trabajo, etc.

Se ha encontrado en algunos estudios que las familias que no son capaces de manejar efectivamente estas 3 áreas de tarea, tienen probabilidades de desarrollar problemas clínicamente significativos y/o problemas de mal adaptación crónicos.

DIMENSIONES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Para comprender la estructura, organización y patrones transaccionales de la familia, el MMFF enfoca seis dimensiones: Solución de problemas, Comunicación, Roles, Respuestas afectivas, Involucramiento afectivo y control de comportamiento.

I.- SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.- El término "solución del problema familiar, se refiere a una habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantiene el funcionamiento eficaz de la familia. De esta manera las familias ineficaces tendrán más problemas que los que tendrán las familias funcionando eficazmente".

La solución eficaz de problemas puede ser descrita como una secuencia de siete etapas:

- 1.- Identificación del problema.
- 2.- Búsqueda de alternativas.
- 3.- Elección de una alternativa.
- 4.- Posibilidades de acuerdos dentro de la familia para implementar la alternativa.
- 5.- Dar seguimiento y fijar un plazo.
- 6.- Evaluar la eficacia del proceso de solución del problema.

Postulados:

Más eficaz cuando se llevan a cabo las siete etapas.
Menos eficaz cuando las familias no pueden identificar el problema (se detiene antes del paso 1).

II.- COMUNICACIÓN. Es el intercambio de información dentro de una familia.

La comunicación puede ser evaluada en cuanto a su mensaje, si es claro o confuso; y si el mensaje va hacia los objetivos apropiados o tienden a ser desviados a otras personas, es decir, si es directo o indirecto. Estos dos aspectos son independientes, pero lo tanto se pueden identificar cuatro estilos de comunicación: claro y directo, claro e indirecto, enmascarado y directo y enmascarado e indirecto.

Postulados:

Más eficaz: clara y directa.
Menos eficaz: enmascarada e indirecta.

III.- ROLES.- Los roles familiares son definidos como los patrones de comportamiento repetitivos con los que los miembros familiares cubren las funciones familiares necesarias. Cada una de estas áreas supone un número de tareas y funciones

1.- Provisión de recursos: Incluye aquellas tareas y funciones asociadas con proveer alimento, vestido, casa, etc.

2.- Crianza y sustento: Involucra la provisión de comodidad, calor, crianza y sustento de los miembros de la familia.

3.- Gratificación sexual adulta: Tanto el esposo como la esposa deben encontrar personalmente atracción dentro de la relación sexual y también sentir que pueden satisfacer sexualmente a su pareja. Por lo tanto los hechos afectivos son prominentes.

4.- Desarrollo personal.- Incluye aquellas tareas y funciones necesarias para apoyar a los miembros familiares a desarrollar habilidades para la superación personal. Además hay tareas en relación al desarrollo psíquico, emocional, educacional de los hijos y las que se refieren a la carrera de desarrollo social de los adultos.

5.- Mantenimiento y manejo del sistema familiar: Esta área incluye una serie de funciones.

6.- Toma de decisiones.- Corresponde al guía tomar decisiones mayores y la cuestión de la decisión final cuando no hay acuerdo. En general, estas funciones deben residir en el nivel parental y dentro de la familia nuclear.

7.- Límites y funciones de membresía.- Incluyen las funciones y tareas concernientes a las familias extensas, amigos y vecinos, el establecimiento de los límites, el tamaño de la familia y tratos con instituciones y agencias externas.

8.- Funciones de control de comportamientos.- Incluye la disciplina de los niños y el mantenimiento de patrones y reglas para los miembros adultos de la familia.

Postulados:

Más efectiva cuando todas las funciones familiares necesarias tienen una distribución clara en los individuos y la responsabilidad está establecida y es clara.

Menos efectiva cuando las funciones familiares necesarias no son distribuidas y/o cuando no se mantienen la distribución y la responsabilidad.

IV.- RESPUESTAS AFECTIVAS.- En esta dimensión se examina el rango potencial de la familia, de respuestas afectivas tanto cualitativa como cuantitativa. Definiendo las respuestas afectivas como la habilidad de responder a un estímulo dado con la calidad y cantidad apropiadas de sentimientos.

Se distinguen dos categorías de afecto:

- a) Emociones de bienestar.- Consisten en afecto, calor, ternura, apoyo, amor, consuelo, felicidad y júbilo.

b) Emociones de emergencia.- Consisten en respuestas tales como: enojo, temor, tristeza, desconcierto y depresión.

Postulados:

Más eficaz cuando el rango total de respuestas es la cantidad apropiada al estímulo que los provoca.

Menos eficaz cuando el rango es muy angosto (uno a dos afectos solamente), y/o la cantidad y calidad son interpretadas falsamente: dado el contexto.

V.- INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO.- Es el medio en el cual la familia muestra interés en algo y valúa las actividades particulares e intereses de los miembros individuales de la familia. El enfoque es en la cantidad de interés que la familia demuestre, así como la manera en la cual los miembros familiares muestren y se den ellos mismos unos a otros.

Se identifican seis tipos de involucramiento:

1.- Falta de involucramiento. No hay interés ni inversión de unos a otros.

2.- Involucramiento exento de sentimientos. Poco interés, inversión unos en otros, este interés es principalmente de naturaleza intelectual.

3.- Involucramiento narcisista. Sólo hay interés en si mismo.

4.- Involucramiento empático. Interés en los otros y/o inversión uno en el otro por el bien de los otros.

5.- Sobreinvolucramiento. Interés y/o inversión excesiva uno en el otro.

6.- Involucramiento simbiótico. Un interés y/o inversión extrema y patológica en los otros. Este involucramiento sólo se ve en relaciones muy perturbadas. En tales familias existe una marcada dificultad para diferenciar a una persona de otra.

Postulados:

Más eficaz: Involucramiento empático.

Menos eficaz: Involucramiento simbiótico y ausencia de involucramiento.

VI.- CONTROL DE COMPORTAMIENTO.- Es definida como el patrón que una familia adopta para manejar el comportamiento en tres áreas: situaciones psíquicamente peligrosas, situaciones que involucran el encuentro y expresión de necesidades; y situaciones que involucran comportamiento socializador individual tanto entre miembros de la familia como gente fuera de la familia.

1.- Control de comportamiento rígido. Los patrones son angostos y específicos para la cultura, y hay una negociación mínima o variaciones a través de situaciones.

- 2.- Control de comportamiento flexible. Los patrones son razonables y hay la oportunidad de negociación.
- 3.- Control de comportamiento laissez-faire. En el extremo no hay patrones y una latitud total es permitida y se descuida el contexto.
- 4.- Control de comportamiento caótico. Hay un cambio impredecible y fortuito entre otros estilos, de tal forma que los miembros familiares no sepan que patrón aplicar en ningún tiempo.

Postulados:

Más eficaz: control de comportamiento flexible.

Menos eficaz: control de comportamiento caótico.

JUSTIFICACIÓN.

En nuestro país, el alcoholismo en el padre de familia es un problema médico y social, que cada día se incrementa más; y que innegablemente tiene fuertes repercusiones en la dinámica familiar.

Las organizaciones de salud han implementado diversos programas de apoyo, tanto para el sujeto alcohólico como para su familia; pero aún no se ha logrado encontrar la solución definitiva para disminuir la Disfuncionalidad familiar que se origina por el alcoholismo paterno o bien para lograr su rehabilitación.

Cuando un enfermo alcohólico o su familia, acuden a algún programa de rehabilitación, la mayoría de las veces lo hacen coaccionados por agentes externos al individuo, y no realmente convencidas; por lo que con mucha facilidad abandonan el tratamiento o lo cumplen por compromiso.

A diferencia de los grupos de autoayuda, a los cuales el sujeto acude de manera voluntaria, habiéndose aceptado previamente como un individuo con problemas debido a su convivencia con un enfermo alcohólico; realizando un cambio de actitud personal para con el enfermo alcohólico y para con el resto de los miembros de la familia, logrando de ésta manera un mejoría de las relaciones familiares; como sucede en los grupos de Familias Al-Anon.

Todo lo anterior, en nuestro medio se conoce por referencias populares, pero sin que exista un apoyo científico que lo avale; por tal motivo nos proponemos llevar a cabo una evaluación metodológica para determinar si la ayuda proporcionada por éste tipo de agrupaciones es significativa (eficaz).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Hay diferencia en la Disfuncionalidad entre las familias Al-Anon y las familias de alcohólico que no pertenecen a éstos grupos?.

HIPÓTESIS

Las familias Al-Anon tienen menos disfuncionalidad que las familias de alcohólicos que no pertenecen a éstos grupos.

OBJETIVOS:

General:

Evaluar el funcionamiento familiar en las familias donde el padre es alcohólico y que la esposa recibe apoyo en los grupos Al-Anon.

Específico:

Comparar el funcionamiento familiar entre familias problemas de alcoholismo en el padre, que no reciben ningún tipo de terapia; y aquellas en las que también existe alcoholismo paterno, pero en las cuales la esposa asista a un grupo Al-Anon.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Esto, es un estudio prospectivo, transversal y comparativo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para llevar a cabo éste estudio, se tomó una muestra de 30 familias en las cuales existía alcoholismo paterno y la esposa se encontraba recibiendo terapia de apoyo en los grupos de familias Al-Anon, a quiénes se les aplicó el cuestionario FACES II, para valorar el funcionamiento familiar.

Esta población fue tomada al azar de los diferentes grupos de familias Al-Anon que sesionan en la ciudad de Morelia, Michoacán.

GRUPO CONTROL

La muestra control se tomó de la población derechohabiente adscrita al HGR/MF No. 1 de Morelia, Mich., de los casos detectados en los diferentes consultorios de Medicina Familiar tanto del turno matutino como vespertino, y casos detectados en el servicio de Urgencias del mismo Hospital.

A éste grupo se le aplicó en primer lugar el cuestionario de la Universidad de John Hopkins modificado, para determinar el diagnóstico de Alcoholismo en el padre de familia, el cual se aplica a las esposas de los pacientes sospechosos de ésta patología. En todos los casos en que resultó positivo el diagnóstico, hasta completar 30, posteriormente se les aplicó el cuestionario FACES II para valorar la funcionalidad familiar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron como sujetos de estudio a 60 familias (población de estudio y grupo control), con las características del tipo de familia integrada, nuclear, que se encontraban en fase de expansión y de dispersión, teniendo como variable independiente el alcoholismo en el padre de familia.

La población de estudio estuvo formada por 30 familias que cumplieron los criterios de inclusión, que presentaban variable independiente y que la madre de familia recibía terapia en los grupos de familias Al-Anon.

El grupo de control se formó con 30 familias, que igualmente cumplieron los criterios de inclusión, con la variable independiente presente, pero en las cuales, ninguno de sus miembros recibía ningún tipo de terapia de apoyo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron aquellas familias en las cuales existían otros miembros, además del padre, con Alcoholismo; asimismo, las familias desintegradas, extendidas y solamente una que no dio su autorización para que le fueran aplicadas las encuestas.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para seleccionar la muestra de estudio se acudió a los grupos Al-Anon de la Ciudad de Morelia, Michoacán, aplicando a las esposas de los enfermos alcohólicos, únicamente el cuestionario FACES II, ya que en éstas familias ya se tiene detectado al familiar alcohólico, seleccionándose únicamente aquellas en las que el enfermo alcohólico era el padre de familia.

En el caso de la muestra del grupo control, diariamente, a partir de la tercera semana de Octubre de 1995 hasta la primera semana de diciembre del mismo año; se tomaron todas aquellas familias en las que existía Alcoholismo en el padre de familia, para lo cual se interrogaba directamente a las madres de familia que acudían a la consulta de Medicina Familiar, aplicando el cuestionario de la Universidad de John Hopkins modificado; en todos los casos que se diagnosticó Alcoholismo, se aplicó posteriormente el cuestionario FACES II para determinar Disfuncionalidad Familiar.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Disfunción Familiar.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Terapia de apoyo en las grupos Al-Anon.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Disfunción Familiar: Es un problema de interrelación dentro de una familia, donde no se cumplan las funciones adecuadamente.

Grupos de Familias Al-Anon: Es una agrupación, que por medio de reuniones regulares y contacto personal, ayudan a quienes se encuentran afectadas directamente por la forma de beber de alguien, a conocer la realidad sobre el alcoholismo como enfermedad de la familia, y, sobre el proceso de tratamiento; beneficiarse de la terapia del contacto con miembros que tienen los mismos problemas; mejorar su propia actitud y personalidad por medio del estudio y la práctica de los "Doce Pasos" sugeridos, adaptados de Alcohólicos Anónimos; y reducir tensiones, mejorar el entendimiento, la actitud y la conducta de los hijos dentro de la familia; por medio de un cambio de actitud en el padre no alcohólico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una Prueba de Hipótesis de Datos Categóricos, utilizando una tabla de contingencias de 2×2 , aplicando posteriormente una prueba de χ^2 .

RESULTADOS

De acuerdo a la tipología familiar desarrollada por Olson, Rusell y Sprenkle; se tipificó a cada una de las familias de la muestra de estudio y a cada una de las familias de la muestra control. Los resultados fueron los siguientes: un total de 18 familias (el 60%), se encontraron entre los tipos de familias funcionales en la muestra de estudio, y 12 (40%), en los tipos de familias disfuncionales. En la muestra control, 13 familias (43%) fueron funcionales, y 17 familias fueron disfuncionales (el 57%).

En la tipificación de cada familia se observaron los siguientes resultados:

Caótica desvinculada-1 (el 3%) familia de la muestra de estudio y 2 (el 6.6%) en la muestra control. Flexible desvinculada-9 familias de la muestra de estudio (el 30%) y 5 familias en la muestra control (el 16.6%). Estructuralmente desvinculada-2 familias (6.6%) en la muestra de estudio y 1 familia (el 3.3%) en la muestra control. Rígidamente desvinculada- ninguna familia para la muestra de estudio y ninguna en la muestra control. Caóticamente separada ninguna familia en la muestra de estudio y 1 familia (3.3%) en la muestra control. Flexiblemente separada 7 familias (el 23.3%), de la muestra de estudio, y 11 familias (el 36.6%) de la muestra control. Estructuralmente separada, 3 familias (10%) de la muestra de estudio, y 1 familia (el 3.3%) en la muestra control. Rígidamente separada, 1 familia (3.3%) de la muestra de estudio y 1 familia (3.3%) en la muestra control. Caóticamente conectada, 1 familia (3.3%) y ninguna familia del grupo control. Flexiblemente conectada, una familia (3.3%) del grupo de estudio, y ninguna familia del grupo de estudio y ninguna familia en el grupo control. Rígidamente conectada ninguna familia del grupo de estudio y ninguna del grupo control. Caóticamente amalgamada, ninguna familia en el grupo de estudio y una familia (3.3%) del grupo control. Flexiblemente amalgamada, 2 familias (el 6.6%) en el grupo de estudio y 3 familias (10%) en el grupo control. Estructuralmente amalgamada, 3 familias (el 10%) del grupo de estudio, y 2 familias (6.6%) en el grupo control. Rígidamente amalgamada, ninguna familia en el grupo de estudio y 2 familias (el 6.6%) en el grupo control.

La significancia estadística entre el grupo control tuvo una $p < 0.05$.

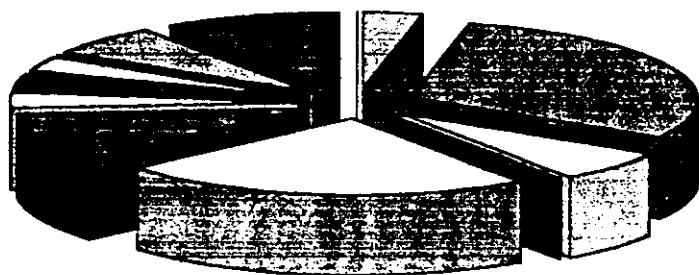
C U A D R O I

TIPO DE FAMILIA	MUESTRA DE ESTUDIO	M. CONTROL
1.- Caóticamente desvinculada	1 (3%)	2 (6.66%)
2.- Flexiblemente desvinculada	9 (30%)	5 (16.6%)
3.- Estructuralmente desvinculada	2 (6.66%)	1 (3.3%)
4.- Rígidamente desvinculada	0	0
5.- Caóticamente separada	0	1 (3.3%)
6.- Flexiblemente separada	7 (23.3%)	11 (36.6%)
7.- Estructuralmente separada	3 (10%)	1 (3.3%)
8.- Rígidamente separada	1 (3.3%)	1 (3.3%)
9.- Caóticamente conectada	1 (3.3%)	0
10.- Flexiblemente conectada	1 (3.3%)	0
11.- Estructuralmente conectada	0	0
12.- Rígidamente conectada	0	0
13.- Caóticamente amalgamada	0	1 (3.3%)
14.- Flexiblemente amalgamada	2 (6.6%)	3 (10%)
15.- Estructuralmente amalgamada	3 (10%)	2 (6.6%)
16.- Rígidamente amalgamada	0	2 (6.6%)

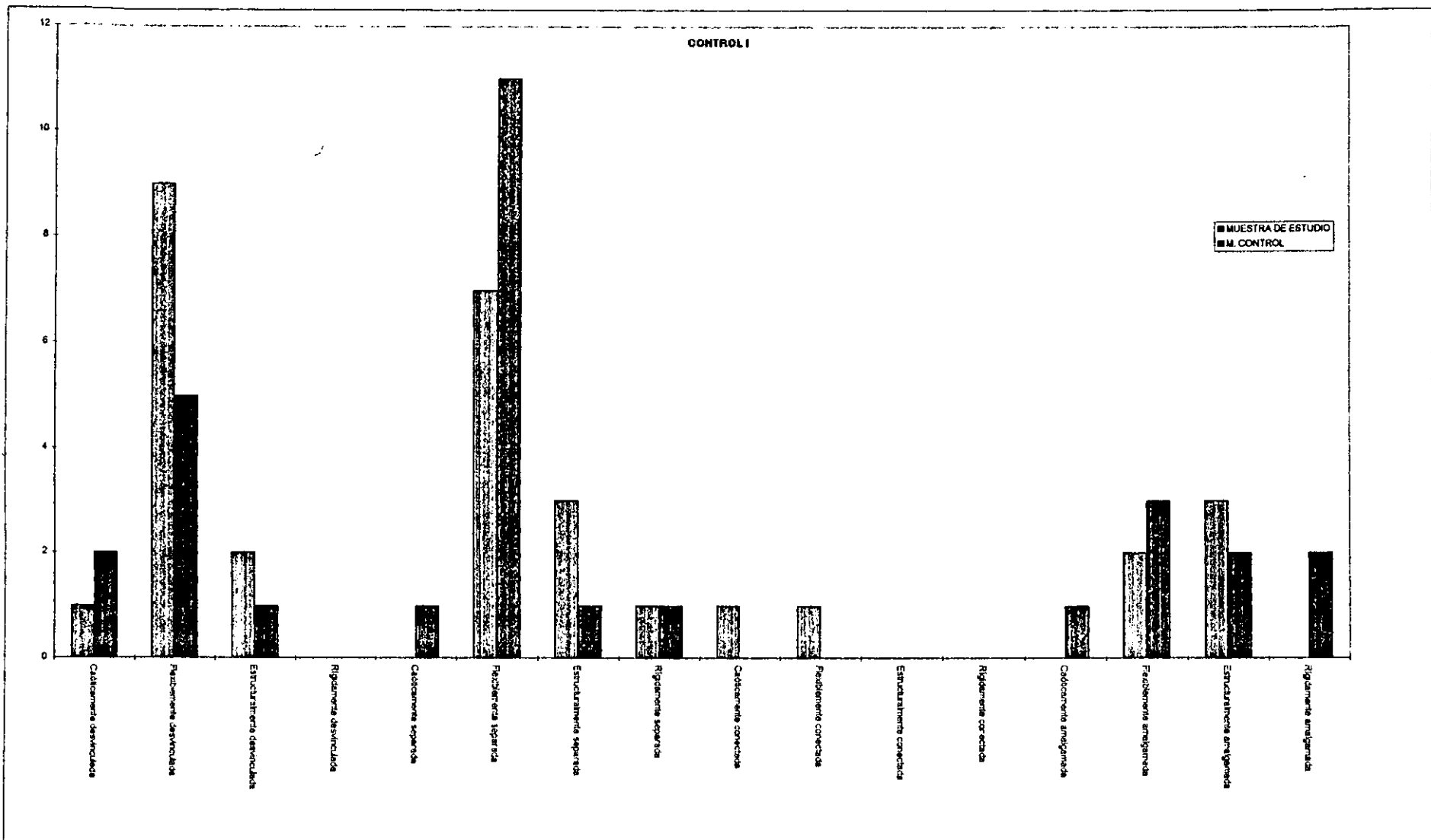
p < 0.05

TIPO DE FAMILIA	MUESTRA DE ESTUDIO	M. CONTROL
1.- Caóticamente desvinculada	1	2
2.- Flexiblemente desvinculada	9	5
3.- Estructuralmente desvinculada	2	1
4.- Rígidamente desvinculada	0	0
5.- Caóticamente separada	0	1
6.- Flexiblemente separada	7	11
7.- Estructuralmente separada	3	1
8.- Rígidamente separada	1	1
9.- Caóticamente conectada	1	0
10.- Flexiblemente conectada	1	0
11.- Estructuralmente conectada	0	0
12.- Rígidamente conectada	0	0
13.- Caóticamente amalgamada	0	1
14.- Flexiblemente amalgamada	2	3
15.- Estructuralmente amalgamada	3	2
16.- Rígidamente amalgamada	0	2

CONTROL I



- ☐ Caóticamente desvinculada
- Flexiblemente desvinculada
- Estructuralmente desvinculada
- Rígidamente desvinculada
- Caóticamente separada
- Flexiblemente separada
- Estructuralmente separada
- Rígidamente separada
- Caóticamente conectada
- Flexiblemente conectada
- Estructuralmente conectada
- Rígidamente conectada
- Caóticamente amalgamada
- Flexiblemente amalgamada
- Estructuralmente amalgamada
- Rígidamente amalgamada



DISCUSIÓN

En nuestro estudio, investigamos la Funcionalidad de la Familia en relación a una entidad tan compleja como lo es el Alcoholismo; observando durante nuestro trabajo lo mencionado por Peter Steinglass en su obra "La Familia Alcohólica": las conductas y estrategias usadas por la familia para "arreglárselas" con un miembro alcohólico, en éste caso el padre de familia; poder continuar con sus rituales y su vida cotidiana y tratado de aparentar ante la sociedad "que no pasa nada". Comprobamos también como en muchos casos niegan la enfermedad y el hecho de que ésta sea la causa de un gran número de problemas, por ejemplo el que el padre esté a punto de perder el empleo por su forma de beber, como en el caso de una familia del grupo control; por lo que es importante señalar que quizá las respuestas obtenidas en las encuestas, no sean confiables al 100%, sobre todo en el grupo control, ya que en el grupo de estudio, éstas personas tiene en primer lugar la aceptación del problema y los conocimientos básicos sobre la enfermedad, lo que hace que pudieran tener una mejor percepción de su situación familiar.

La Dra. Joan Jackson en "Al-Anon se enfrenta al alcoholismo, el Dr. Mario Souza y Machorro en "Alcoholismo, conceptos básicos y en el libro "Alcoholismo, una enfermedad de la Familia", mencionan la ayuda que los grupos Al-Anon pueden proporcionar a las familias de los enfermos alcohólicos; sin embargo, se desconoce el grado de utilidad de ésta agrupación con nuestro estudio comprobamos que éste tipo de terapia es un recurso valioso en el tratamiento de la disfunción familiar causada por alcoholismo en cualquier otro miembro de la familia.

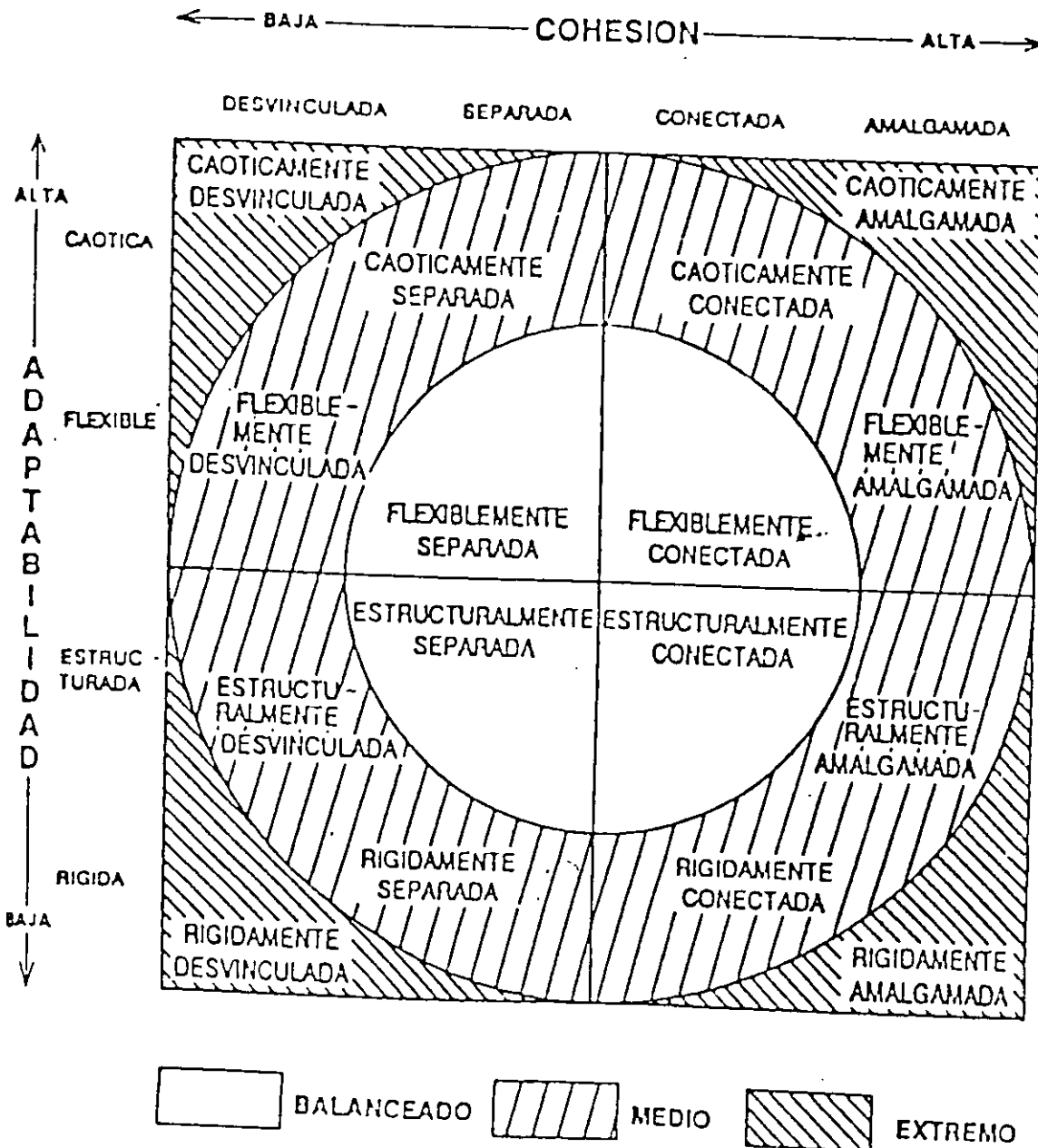
CONCLUSIONES

Por todo lo anteriormente descrito concluimos que los grupos de Familias Al-Anon son una terapia eficaz en el tratamiento de la disfuncionalidad familiar causada por alcoholismo en el padre de familia.

DIAGRAMA DE TIPOLOGIA FAMILIAR

MODELO CIRCUMPLEJO

Dieciséis Posibles Tipos de Sistemas Maritales y Familiares
(Olson, Russell y Sprenkle 1983, P.71)



ANEXO II

SISTEMA DE EVALUACIÓN PARA EL CUESTIONARIO MODIFICADO DE LA UNIVERSIDAD DE JOHN HOPKINS PARA LA DETECCIÓN DE CASOS DE ALCOHOLISMO.

Para la evaluación de las respuestas obtenidas en la encuesta se sugiere tomar como base los criterios de la National Council On Alcoholism de los EE.UU.

En éste se establece la presencia de síntomas mayores y menores o indirectos. Dentro de los síntomas mayores se encuentran los que caracterizan a la dependencia, a la tolerancia y al síndrome de Abstinencia y corresponden a los reactivos 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15 y 16. Para establecer el diagnóstico de Alcoholismo basta con dos respuestas afirmativas en éstos reactivos.

Existen también síntomas menores, como lo son cierto cambios de comportamiento. Hacia la evidencia de éstos síntomas se encuentran dirigidos el resto de los reactivos: 2, 3, 4, 5, 8, 11, 13 y 17. Estos adquieren significancia diagnóstica si son positivas uno o más reactivos de éste grupo, y que se encuentran combinados con uno o más síntomas mayores. (Anexo I)

ANEXO III

SISTEMA DE EVALUACIÓN PARA EL CUESTIONARIO FACES II

El cuestionario Faces II es una modificación del Faces original basado en la teoría del modelo circumplejo formulado por Olson y col. (1979), en el que los autores definen dos dimensiones: la cohesión y la adaptación familiar.

Este modelo surgió en base a la necesidad de integrar diferentes conceptos como poder, roles, etc., enfocados al estudio de la Terapia Familiar y la Sociología Familiar; pero observaron que las escalas de cohesión y adaptabilidad en forma separada no eran tan aplicables. Fue entonces que Olson y col. (1979), tuvieron la idea de poner la cohesión familiar y la adaptabilidad en un modelo al que llamaron circumplejo.

Braverman R. (1982), realizó una adaptación del Faces II, así como la validación y estandarización del instrumento en población mexicana, anexando además de los indicadores de cohesión y adaptación familiar, un tercero inferido en base a los dos anteriores y que lo incluyeron como el indicador de comunicación familiar; estos tres elementos miden lo que es la estructura familiar.

El primer indicador que es la cohesión familiar y se refiere al grado en el cual los miembros de la familia se encuentran ligados o separados afectivamente; dentro de ésta dimensión se conceptualizan nueve características que ayudan a medir y a diagnosticar esta dimensión, y son: lazos emocionales, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos y toma de decisiones, intereses y recreación; con sus reactivos correspondientes (1, 17, 3, 19, 9, 29, 7, 23, 5, 25, 11, 27, 13, 21, 15 y 30). Existen asimismo, cuatro niveles en ésta dimensión: Desligado o desarticulado (muy bajo), Separado (bajo a moderado), Conectado (moderado a alto) y Amalgamado (muy alto).

El segundo indicador es la adaptación familiar y se refiere a la flexibilidad del sistema familiar ante el cambio, contiene seis características: poder familiar (acertividad, control, disciplina); estilos de negociación, roles y reglas de relación; también con sus reactivos correspondientes, (2, 14, 18, 4, 16, 6, 8, 20, 26, 12, 24, 10, 22). Hay también cuatro niveles de este factor: Rígido (muy bajo), Estructurado (bajo a moderado), Flexible (moderado a alto) y Caótico (muy alto).

El último indicador es el de comunicación, el cual, como se dijo anteriormente fue deducido de los dos anteriores, se desconoce el alfa de Cronbach de éste indicador, y se refiere a la comunicación como un facilitador que permite a las familias movilizarse en las dos dimensiones de cohesión y adaptación, los reactivos de éste indicador se incluyen en los otros dos y presenta tres características que son: empatía, capacidad de escuchar y comentarios de apoyo.

Las escalas finales de los 30 reactivos contiene 16 reactivos correspondientes a la cohesión y 14 reactivos que corresponden a la de adaptación, incluyéndose en ellos el indicador de comunicación.

En el cuestionario adaptado, las respuestas de cada reactivo corresponden a una escala de Lickert que va del 1 al 5 en la siguiente forma:

(1) casi nunca, (2) de vez en cuando, (3) algunas veces, (4) frecuentemente, (5) casi siempre.

Los reactivos correspondientes a cada dimensión poseen un signo positivo o negativo, dependiendo del tipo de actitud al que se está refiriendo la persona que responde. Si el reactivo posee un signo positivo, el puntaje que se otorga irá en función del orden de la escala antes mencionada, pero si el reactivo posee un signo negativo el puntaje será a la inversa, es decir, que si la respuesta de la persona fue 5 (casi siempre), según la escala en un reactivo con signo negativo, el puntaje será de 1 pues se invierte el orden. De ésta manera, una vez que se han registrado las puntuaciones correctas se hace una suma de ellas para de este modo, obtener la calificación total del instrumento. (Anexo V y Anexo VI)

ANEXO IV

CUESTIONARIO DE LA UNIVERSIDAD JOHN HOPKINS MODIFICADO
 UTILIZADO EN EL ESTUDIO PARA LA DETECCIÓN DE CASOS DE ALCOHOLISMO

- 1.-¿ Ha faltado su familiar al trabajo a consecuencia del beber?
 SI NO
- 2.-¿ Causa la bebida desdichas en la vida de su hogar?
 SI NO
- 3.-¿ La bebida está afectando la reputación de su familiar?
 SI NO
- 4.-¿ Ha notado si su familiar se siente apenado o culpable por sus estados de ebriedad?
 SI NO
- 5.-¿ Su familiar se codea con bajas compañías y acude a malos ambientes cuando bebe?
 SI NO
- 6.-¿ Su familiar ha tenido problemas de dinero como resultado de la bebida?
 SI NO
- 7.-¿ Hace la bebida que su familiar descuide el bienestar de su familia?
 SI NO
- 8.-¿ Ha notado que decayeron las aspiraciones de su familiar desde que bebe?
 SI NO
- 9.-¿ Se emborracha su familiar a veces en momentos inoportunos, precisamente cuando tiene algo que hacer?
 SI NO
- 10.-¿ Su familiar bebe en la mañana, con la intención de combatir los efectos de la cruda?
 SI NO
- 11.-¿ Está la bebida perjudicando a su familiar en su trabajo o en su negocio?
 SI NO
- 12.-¿ Su familiar, bebe solo?
 SI NO

- 13.-¿ Ha notado que algunas veces, su familiar ignora lo ocurrido o parte de ello mientras estuvo ebrio?
SI NO
- 14.-¿ Ha notado que recluir a su familiar en algún hospital o en su propio hogar por motivo de la bebida?
SI NO
- 15.-¿ Su familiar ha tenido o tiene problemas con la familia o amigos en relación con su forma de beber?
SI NO
- 16.-¿ Su familiar bebe más ahora que antes?
SI NO
- 17.-¿ Ha tenido que ir su familiar a que lo vea el médico por causa de la bebida?
SI NO

ANEXO V

CUESTIONARIO FACES II

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

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

- 1.- Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles()
- 2.- En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión()
- 3.- Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia, que con los miembros de la misma familia ... ()
- 4.- Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones familiares más importantes()
- 5.- Nuestra familia acostumbra a reunirse en el mismo cuarto()
- 6.- Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina()
- 7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto()
- 8.- Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones()
- 9.- En nuestra familia cada quien escoge su propio camino.()
- 10.- Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia()
- 11.- Los miembros de la familia conocen respectivamente a los más íntimos de los otros miembros de la familia()
- 12.- Es difícil saber cuales son las reglas que se siguen en nuestra familia()
- 13.- Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tienen que tomar()

ANEXO VI

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

DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICA	REACTIVOS
Adaptación	acertividad	(+) 2
		(+) 14
		(-) 18
	mando	(-) 4
		(+) 16
	disciplina	(+) 6
		(+) 18
	negociación	(+) 8
		(+) 20
		(+) 26
	reglas	(-) 12
		(-) 24
roles	(+) 10	
	(+) 22	

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Secretaría de Salud. Manual destinado a los orientadores de Prevención de Alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a las Familias que se enfrentan a Problemas de consumo excesivo de Sustancias en sus Hogares. México, 1993.
- 2.- Narro J. algunos aspectos Epidemiológicos del Alcoholismo en México. Rev. Fac. Med. UNAM, México, 1992; 35:52-57.
- 3.- Central Mexicana de SG de AA, AC. Alcohólicos Anónimos. México, 1989.
- 4.- Velazco Fernández R. Esa Enfermedad llamada Alcoholismo. Ed. Trillas. México, 1982.
- 5.- Steinglass P, et al. La Familia Alcohólica, Ed. Gedisa, 1989.
- 6.- Carbajal Rojas A. Disfunciones Familiares ocasionadas por el Alcoholismo en Trabajadores de la Construcción. Tesis Profesional. México, 1988.
- 7.- Souza y Machorro M. Alcoholismo conceptos básicos. Manual Moderno, 1989.
- 8.- Souza y Machorro M. El reto de la auténtica identificación social del Alcoholismo. Rev. Fac. Med. UNAM, México, 1990; 33:184-188.
- 9.- Secretaría de Salud. Estrategias que utiliza la Familia en México frente al uso de Alcohol y otras drogas. México, 1993.
- 10.- Santacruz VJ. La Familia como unidad de Análisis. Rev. Méd. IMSS. 1983: 21:348-351.
- 11.- Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental, UNAM. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría "La Familia". México, 1987.
- 12.- McWhinney Ian R. An Introduction to Family Medicina. New York, Oxford University Press. 1981; 106-122.
- 13.- Sánchez Azcona J. Familia y Sociedad. Cuadernos de Joaquín Mortiz. México, 1974:15-49.
- 14.- Madden JS. Alcoholismo y Farmacodependencia, 1ra. Edición. El Manual Moderno, 1986.

- 15.- Coleman FL, Frick PJ. MMPI-2 Profiles of adult children of alcoholics. J Clin Psychol 1994; 50:446-454.
- 16.- Elpers M. Lenz K. Psychiatric disorders in children of alcoholic parents. Z-Kinder Jugendpsychiatr 1994; 22:107-113.
- 17.- Corrao G. Busellu G. et al. Alcohol-related problems within the family and global functioning of the children: a population-based study. Soc. psychiatry-Psychiatry Epidemiol. 1993; 28:304-308.
- 18.- Epstein N. Bishop D. Baldwin L. El Modelo McMaster del Funcionamiento Familiar.
- 19.- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. GEDISA, México, 1985.
- 20.- Olson D. Dprenkle D. Russell C. Modelo circumplejo de sistemas maritales y familiares.