



**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
INSTITUTO DE POSTGRADO**



MAESTRIA EN SALUD FAMILIAR

**ABORDAJE DE FAMILIAS CON ALCOHOLISMO Y
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRES BARRIOS POPULARES DE
QUITO.**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Grado de Magíster en Salud
Familiar**

**Autores: Dr. José W. Pazmiño Darquea
Dra. Ruth Reyes Campos**

Tutor: Dr. Eduardo Ayala Munive

Ibarra, Diciembre 2003.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del Trabajo de Grado, presentado por los Doctores Ruth Reyes Campos y José W. Pazmiño Darquea para optar por el Grado de Magísteres en Salud Familiar, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de Diciembre del 2003

Dr. Eduardo Ayala Munive
C.I: 170201585-8

**ABORDAJE DE FAMILIAS CON ALCOHOLISMO Y
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRES BARRIOS POPULARES DE
QUITO.**

**Por: José W. Pazmiño Darquea
Ruth Reyes Campos**

Trabajo de Grado de Maestría aprobado en nombre de la Universidad Técnica del Norte, por el siguiente Jurado, a los 8 días del mes de Diciembre del 2003.

Dr. Patricio Nieto
C.I.

Dra. Eugenia Orbes
C.I.

MSc. María Luisa Egas
C.I.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestra familia, que han sido fuente de inspiración y motivación, quienes con su paciencia y amor nos dieron fortaleza para cumplir con nuestras aspiraciones.

Ruth y José

RECONOCIMIENTO

A los dos grupos familiares que nos permitieron trabajar junto a ellos; en especial a las familias disfuncionales, que venciendo la desesperanza; nos dan ejemplo de tenacidad, esfuerzo y constancia... para ustedes va dedicado este trabajo.

Los autores

INDICE GENERAL

CONTENIDOS	PÁGINAS
Carátula.....	i
Aprobación del tutor.....	i
Aprobación del Jurado Examinador.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Reconocimiento.....	iv
Índice General.....	v
Lista de Gráficos.....	vi
Lista de Tablas.....	vii
Lista de Siglas.....	viii
Resumen.....	ix
Summary.....	x
Introducción.....	1
CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Formulación del Problema.....	2
1.2 Antecedentes.....	3
1.3 Situación Actual.....	4
1.4 Prospectiva.....	10
1.5 Objetivos.....	11
1.6 Preguntas de Investigación.....	11
1.7 Justificación.....	11
1.8 Factibilidad.....	12
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Teoría Base.....	14
2.1.1 Teoría Existente.....	16
2.1.2 Alcoholismo.....	16
2.1.2.1 Pasos para el alcoholismo.....	18

2.1.3	La familia.....	24
2.1.3.1	Familia funcional.....	27
2.1.3.2	Familia disfuncional.....	27
2.1.4	La influencia del alcohol en las relaciones familiares.....	33
2.1.5	Mecanismos de defensa de la familia y el alcohólico.....	34
2.1.6	La familia y el alcohólico.....	35
2.1.7	Reuniones de familias relacionadas con el alcohol.....	36
2.1.8	Salud familiar y comunidad.....	38
2.2	Definiciones conceptuales.....	44
2.3	Posicionamiento teórico personal.....	47
2.4	Base Legal.....	48
2.5	Operacionalización de las variables.....	51
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....		52
3.1	Tipo de Investigación	52
3.2	Diseño de Investigación.....	52
3.3	Variables.....	53
3.4	Población y Muestra.....	53
3.5	Métodos.....	54
3.6	Técnicas de recolección de datos.....	55
3.7	Instrumentos.....	55
3.8	Estrategias.....	58
3.9	Procedimiento de Investigación Bibliográfica.....	58
3.10	Procedimiento de Investigación de Campo.....	59
3.11	Procedimiento de la Propuesta.....	59
3.12	Valor práctico del estudio.....	59
3.13	Trascendencia científica del estudio.....	60
CAPITULO IV. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		61

4.1	Presentación de Datos.....	61
4.2	Análisis e Interpretación de Resultados.....	73
4.3	Discusión de Resultados.....	76
4.4	Contrastación de Preguntas y Resultados.....	77
	Conclusiones.....	79
	Recomendaciones.....	80
CAPÍTULO V. SOLUCION VIABLE Y PERTINENTE.....		81
6.1	Título.....	81
6.2.	Justificación.....	81
6.3.	Fundamentación.....	82
6.4.	Importancia.....	84
6.5.	Ubicación sectorial y física.....	85
6.6.	Factibilidad.....	85
6.7.	Objetivos.....	86
6.8.	Descripción de la propuesta.....	87
	Intervención personal.....	88
	Intervención familiar.....	89
6.9.	Impacto.....	93
6.11.	Difusión.....	94
	Guía.....	95
	Bibliografía.....	104
	Anexos.....	108

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Tipos de Familias.....	61
GRÁFICO 2: Distribución por edad de los miembros alcohólicos.....	62
GRÁFICO 3: Distribución por edad de los miembros familiares que acuden a reuniones barriales	63
GRÁFICO 4: Distribución por género de la persona alcohólica.....	64
GRÁFICO 5: Distribución por género de los miembros familiares que acuden a las reuniones barriales	65
GRÁFICO 6: Estado civil de la persona alcohólica.....	66
GRÁFICO 7: Nivel de educación en los dos grupos familiares.....	67
GRÁFICO 8: Frecuencia de ingesta de alcohol.....	68
GRÁFICO 9: Test de Cage en personas con alcoholismo.....	69
GRÁFICO 10: Test de Cage (riesgo de alcoholismo) a los miembros familiares.....	70
GRÁFICO 11: Test de Apgar familiar (funcionamiento sistémico y familias en riesgo).....	71

LISTA DE TABLAS

TABLA No. 1: Unidades de Análisis.....	54
TABLA No. 2: Parámetros de Medida.....	58
TABLA No. 3: Factores de riesgo que contribuyen al apareamiento de Disfuncionalidad Familiar en hogares con miembros alcohólicos.....	73

LISTA DE SIGLAS

MSP	Ministerio de Salud Pública.
OMS	Organización Mundial de Salud.
CONSEP	Consejo Nacional de Estupefacientes y Psicotrónicos
AA	Alcohólicos Anónimos
DINAPEN	Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes

ABORDAJE DE FAMILIAS CON ALCOHOLISMO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRES BARRIOS POPULARES DE QUITO.

Autores: José W. Pazmiño Darquea
Ruth Reyes Campos

Tutora: Dra. Janine Rhea Mejía
Año: 2003

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en familias de pacientes alcohólicos pertenecientes a tres barrios populares de la ciudad de Quito durante el periodo comprendido de Enero a Julio del 2003 con el propósito de evaluar la influencia del alcoholismo sobre el funcionamiento familiar, la determinación de crisis y la existencia de niveles de conocimientos que permitieran la adopción de un manejo adecuado de situaciones generadas por este. Se investigó la población en riesgo de alcoholismo mediante el Test de Cage; otro test de 16 ítems, valora los factores de riesgo de Disfunción familiar; y el Test de APGAR familiar que evalúa el funcionamiento sistémico de la familia. Se obtuvo información sobre tipología, factores de riesgo, estructura, funcionalidad y vínculos familiares. El 72% de familias son nucleares, el alcoholismo se presentó con mayor frecuencia en éstas (69%) y extensas (19%). El alcoholismo genera familias inadecuadas en el 99%. Como factores de riesgo están: violencia 95%; sentir a la familia débil 96%; no percibir que hay funcionalidad 93%; alcoholismo con familias vecinas 50%, además se encontró ausencia de afectividad, problemas económicos, violencia y otros. En las familias con alcoholismo, los conflictos intrafamiliares son permanentes, lo que sugiere que en tres de cada cuatro familias la relación es disfuncional y sus miembros no conocen la magnitud de la crisis; la violencia y el deterioro de los vínculos son tolerados.

SUPPORT OF FAMILIES WITH ALCHOLISM AND FAMILIAR DYSFUNCTION IN THREE POPULAR NEIGHBOURHOODS IN QUITO.

Authors: José W. Pazmiño Darquea

Ruth Reyes Campos

Tutor: Dra. Janine Rhea Mejía

Year: 2003

SUMMARY

We were carried out a descriptive study in families of alcoholic patients belonging to three popular neighborhoods of the city of I Remove during the understood period of January to Julio the 2003 with the purpose of evaluating the influence of the alcoholism on the family operation, the crisis determination and the existence of levels of knowledge that allowed the adoption of an appropriate handling of situations generated by this. The population was investigated in risk of alcoholism by means of the Test of Cage; another test of 16 articles, values the factors of risk of family Dysfunction; and the Test of family APGAR that evaluates the systemic operation of the family. Information was obtained it has more than enough tipology, factors of risk, it structures, functionality and family bonds. In families without alcoholism is good functionality in 86%; violence in family 8%; 98% feels to its strengthened family and the family bonds are solid. 72% of families is nuclear, the alcoholism was presented with more frequency in these (69%) and extensive (19%). The alcoholism generates inadequate families in 99%. As factors of risk they are: violence 95%; to feel to the family weak 96%; not to perceive that there is functionality 93%; alcoholism with families neighboring 50%, was also absence of affectivity, economic problems, violence and others. In the families with alcoholism, the conflicts in family are permanent, what suggests that in three of each four families the relationship is disfunctional and their members don't know the magnitude of the crisis are not always; the violence and the deterioration of the bonds are tolerated.

INTRODUCCION.-

El alcoholismo es una enfermedad crónica de desarrollo insidioso y evolución progresiva que se caracteriza por la incapacidad de la persona por controlar su manera de beber, lo que da lugar a que en la mayor parte de las ocasiones el afectado lo haga en forma excesiva y desarrolle problemas en su salud, su familia, su trabajo, y en su relación con la sociedad en general.

Se ha observado que el alcoholismo ocasiona un desequilibrio en todos los ámbitos del ser humano: del alcohólico mismo en su trabajo, en el área social, el área personal y desde luego en su familia. Así pues, las relaciones interpersonales se van deformando conforme avanza el alcoholismo del sujeto lo que se manifiesta al relacionarse con sus semejantes.

Además se puede decir que es un problema que trasciende en cuanto a que tiende a dejar huellas emocionales muy profundas entre los miembros más cercanos al alcohólico, pero sobre todo en los hijos que se van formando experiencias agradables y representa un obstáculo para un adecuado desarrollo de cada integrante de la familia, considerando así que todos los miembros de la misma sufren las consecuencias del alcoholismo, incluyendo hermanos, amigos y familiares; es decir toda persona que mantenga una relación estrecha con un alcohólico resulta afectada de alguna u otra manera.

La familia, aún en medio de una situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento a la problemática, teniendo como resultante el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros. La familia es capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover el bienestar y la salud familiar.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Formulación del problema.

El alcoholismo es un problema de salud pública de gran magnitud que se ha presentado en todas las culturas a través de la historia de la humanidad.

Es un tema que se ha tornado emergente desde que se comprendió que no sólo afecta a los individuos en la privacidad de sus hogares sino que atañe a la sociedad. El estado ha comenzado a intervenir en el ámbito familiar cuando la familia se ha visto impotente para proteger a sus miembros.

En nuestro país el consumo de alcohol ha adquirido dimensiones alarmantes, considerando que sus consecuencias afectan a todas las personas sin importar edad, género, condición económica, profesión, lugar de residencia, etc.

En los últimos cinco años, ha aumentado drásticamente el número de casos con diagnóstico de alcoholismo y disfunción familiar. Esto afecta a sus miembros y es ocasionada principalmente por bebedores moderados y bebedores problema y se reflejan en: maltrato físico, accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, divorcios, abuso sexual, maltrato psicológico bajo rendimiento laboral o académico, ausentismo, hospitalizaciones y enfermedades diversas.

La disfunción familiar genera serias alteraciones en la estabilidad emocional; y, sus efectos se manifiestan de diversas maneras que conducen frecuentemente a una pérdida de la autoestima, incapacidad para relacionarse, deterioro de la capacidad para el disfrute, bloqueo de las aptitudes, y un pobre sentido de la identidad.

Los niños y niñas que son víctimas de una familia disfuncional alcohólica y con ello generalmente de violencia, suelen ser víctimas de maltrato, alteraciones en la autoestima, bajo desempeño escolar, problemas afectivos, emocionales y de

comportamiento, intentos de suicidio, dificultades en las relaciones interpersonales; y en la vida adulta generalmente son violentos y maltratadores. Además son vulnerables a desarrollar conductas sicopáticas, incurrir en el alcoholismo y la drogadicción dedicarse a la prostitución, presentar conductas de vandalismo, huir de los hogares e incrementar la tasa de niños de la calle.

Se considera que en el apareamiento de enfermedades; el 70% puede ser prevenido basándonos en lo que hacemos en el día a día (ejercicio, alimentación, higiene, autoestima); es decir nuestro estilo de vida.

La salud en general no está mayormente en los hospitales o consultorios médicos, ni en fármacos naturales o químicos, depende en gran parte de las costumbres que vamos desarrollando.

Las alternativas que se ofrecen en nuestro medio en gran parte van dirigidas al alcohólico como paciente y en menor parte a sus familias; la situación se dificulta cuando no se ha podido establecer cuál es el límite entre un bebedor moderado, un bebedor problema y un alcohólico.

1.2 Antecedentes

Con base en los planteamientos anteriores, es importante identificar los factores de riesgo que favorecen al apareamiento de disfunción familiar en familias que tienen personas con alcoholismo y poder plantear y efectivizar estrategias que permitan ampliar la acción sobre la disfunción familiar, educando a las familias de manera que se logre modificar la percepción del problema y el manejo adecuado de los conflictos intrafamiliares.

Se aprovecha las reuniones de familias en la casa comunal o barrial que se realiza una vez por semana y en la que se tratan diversos temas entre ellos lograr algunos objetivos como consolidar la abstinencia en la familia, modificar el estilo de vida,

además el estudio nos permite obtener datos como factores de riesgo, historia de consumo, el grado de disfuncionalidad, y familias en riesgo.

Estas reuniones de familias con problemas afines se han convertido en grupos de auto-mutuo-ayuda, que valoran a la familia como su principal recurso, además de considerar que donde está el problema está la solución.

La disfunción familiar por alcoholismo y sus consecuencias se la ha reconocido como un problema social por lo que se ha iniciado el desarrollo de una serie de acciones dirigidas a la búsqueda de soluciones efectivas al problema.

1.3 Situación Actual

El consumo inmoderado de alcohol y los problemas derivados de su consumo, constituyen sin duda alguna un desafío para la salud pública del país. La cuantía de la población que la padece, las consecuencias para la salud física y mental del afectado y de su grupo familiar y los perjuicios sociales y económicos que representa para la sociedad, justifican el estudio.

Esto genera alteraciones serias en la estabilidad emocional y sus efectos se manifiestan de diversas maneras que conducen frecuentemente a una pérdida de la autoestima, incapacidad para relacionarse, deterioro de la capacidad para disfrutar de la vida, bloqueo de las aptitudes y un pobre sentido de la identidad

"Fue un infierno la dependencia alcohólica de mi marido, que lo malogró a él y perjudicó a toda la familia; porque no sólo es el enfermo el que tiene el problema, sino toda la familia que le quiere y sufre al ver que se mete y se mete cada vez más y no sabe qué hacer, porque hasta que él se dejó ayudar fue una vida sin vida" (Luisa Almache, Cotopaxi 1999)

Es preciso destacar que el alcoholismo al tener una repercusión negativa en la familia, genera un sufrimiento, a veces mayor, que cuando se trata de otro tipo de enfermedad. La familia de un alcohólico se desequilibra, ya no es sana, y sus consecuencias se sienten de manera progresiva.

Durante la última década el consumo de alcohol en el Ecuador se ha incrementado en un diez mil por ciento.

Se pretende contribuir con un programa que se lo hace en barrios populares cuyo objetivo es promocionar la negativa repercusión familiar del alcoholismo, hacer un diagnóstico oportuno de los factores de riesgo y trabajar junto a las familias.

Por esta razón se diseñó un estudio de investigación en el que se identifican algunos factores de riesgo, que favorecen la posibilidad de que ocurran nuevos casos de alcoholismo y de disfunción familiar, estudiarlos, plantear y efectivizar estrategias que permitan ampliar la acción profesional sobre este problema, educando a las familias y a la comunidad de manera que se logre un cambio en la actitud hacia la percepción del problema y en el manejo de conflictos intrafamiliares.

El alcoholismo, muy raramente, se presenta como un trastorno psíquico o físico primario. Anteriormente el alcohólico tenía mejor predisposición para entender y aceptar su problema, aceptar su diagnóstico y recibir el tratamiento. En la actualidad muchos alcohólicos rechazan el tratamiento para no ser "señalados" por la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud propuso una nueva definición del concepto de Salud, su promoción y su protección como un derecho fundamental del hombre.

Esto hizo que se incluya el control de los problemas relacionados con el alcohol en los programas de salud.

La Salud la define como el bienestar físico, psíquico y social; y no solamente la ausencia de enfermedad. El concepto de salud es multifactorial y puede ser mejorado. En la actualidad la protección sanitaria incluye la prevención de alcoholismo en sus fases primaria, secundaria, terciaria y la promoción en la comunidad donde el hombre vive y labora.

Es hacer que aunque la recuperación del alcohólico no siempre llegue a ser exitosa; su familia haga más llevadera su vida, y otros familiares del paciente no caigan en el abuso del alcohol y no sigan sufriendo las consecuencias de este problema.

Cuando en una comunidad están presentes de manera significativa comportamientos sociales en riesgo, significa que el equilibrio está alterado. La prevención consiste en crear un justo equilibrio ecológico. Los disturbios que ocasiona el alcohol requieren ser atendidos en el lugar donde el individuo vive y trabaja. La prevención depende del modo como la comunidad considera al beber, como ha sido considerado el alcohólico, de la calidad de vida de la comunidad y del particular momento histórico.

La conducta del alcohólico afecta a todas las personas directa o indirectamente.

En nuestro país cerca del 77% de la población en general tiene un familiar que ingiere alcohol. (Fuente INEC 2001).

El abuso del alcohol es uno de los problemas de atención primaria más serio pero más subestimado. La mayoría de las veces no se consulta por el problema del alcohol sino que las causas por las que consultan el alcohólico o sus familias son por problemas somáticos, psicológicos, familiares etc.

Existen manifestaciones habituales de los trastornos por el abuso del alcohol que son graves y que afectan a todos los miembros de la familia, se manifiestan de diferentes maneras: Biomédicos (gastritis, úlcera, dispepsia, dolor abdominal, traumatismos, disfunción sexual, insomnio, etc.). Psicológicos - conductuales (agitación, irritabilidad, dificultad para resolver problemas, oscilaciones del estado de ánimo,

hostilidad, violencia, ansiedad, depresión). Familiares (disfunción familiar crónica, problemas matrimoniales, problemas de conducta, disminución del rendimiento escolar en los niños, ansiedad y depresión en los miembros de la familia, divorcios, abusos, violencia, etc.). Social (pérdida de amigos, inclinación de amistades con el mismo problema) Legales (arrestos por alterar la paz, conducir ebrio, violencia). Económicos (Deudas, petición de dinero prestado, venta de objetos personales o familiares).

Una consecuencia trágica asociada a la violencia familiar es que las mujeres son las de más rápido crecimiento del virus del SIDA muchas de ellas infectadas por maridos adúlteros.

Más común todavía es el oculto horror del abuso doméstico. Según el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, eso aflige a más de la mitad de las mujeres de la región en algún momento de sus vidas. En los últimos tiempos más de la mitad de los países latinoamericanos han puesto por primera vez en vigor leyes y políticas contra la violencia doméstica. Sin embargo el alcoholismo y maltrato doméstico, aún está creciendo.

En la última década la mayoría de países latinoamericanos, han firmado progresistas tratados sobre derechos de la mujer y la familia en foros internacionales, pero han hecho poco en sus respectivos territorios para que se conviertan en Ley" concluye esta revista.

El licor gana terreno en nuestros jóvenes, que empiezan a beber a partir de los 13 años. Un 30% de ecuatorianos presentan problemas de alcoholismo, enfermedad que afecta a todas las clases sociales y a sus familias. (E. Trujillo y M. González - DINERS. Dic. 20001).

El Ecuador tiene una "cultura alcohólica", bebe el rico, el pobre, el gerente, el mensajero y el desempleado. Alrededor del alcohol se cierran muchos negocios, se toman muchas decisiones, "se olvidan las penas y se festejan grandes triunfos"

En cualquier momento de nuestras vidas el licor es el primer invitado, y como contestó el 69% de ecuatorianos "no importa el estado de ánimo para beber".

El alcohol es la droga lícita que más se consume en el mundo y Ecuador no es la excepción. Una encuesta nacional que realizó el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP 2001) deja en evidencia que el 76.4% de los ecuatorianos han consumido o consumieron alcohol en algún momento de su vida. El 19.7% de esta población se emborrachó entre una y tres veces en el mes anterior a la fecha de la encuesta.

Del 76.4% de los ecuatorianos que consumen alcohol, el 47% no presentan problemas; el 24.1% podría presentar cierto tipo de conflictos, aquí están los bebedores problemáticos, y el 29.3% podría considerarse alcohólico.

El consumo del alcohol constituye ya un problema en nuestra sociedad. Cada día son más jóvenes los que ingieren alcohol, según MARKET el 32.8% de los ecuatorianos tomaron su primer trago antes de cumplir los 15 años de edad, según el CONSEP en un estudio que hizo en 1995 señala que el promedio del primer consumo de alcohol es a los 14 años, (34.3%).

En los colegios el consumo de alcohol es cada vez más frecuente. En un estudio del 2001 que hizo el CONSEP a estudiantes de tercero, cuarto, quinto y sexto cursos, estableció que el 53.9% de ellos consumió licor por lo menos una vez en su vida, es un dato preocupante si se considera que el uso temprano de alcohol sienta las bases para un alcoholismo futuro.

El consumo per-cápita en el Ecuador es de 4.7 litros, el doble de la media mundial que es de 2.3 litros.

Se considera que en el Ecuador el alcoholismo ya es un problema de salud pública, al consumirlo ya no se lo hace con ningún fin trascendental o importante, sino que se

bebe porque es parte de nuestra cultura, forma parte de nuestra relación con los demás, en todo evento siempre está presente el alcohol.

El alcoholismo tiene un proceso, es la consecuencia de un problema; o es como tal el problema en sí, y al ser un proceso se discute mucho hasta donde es el límite del bebedor social, porque hasta llegar a un estado de alcoholismo todos pasaron por una etapa de bebedor social.

La OMS considera ingesta "tolerable" de alcohol diaria de 20 mg en los hombres y 15 mg. en las mujeres. Se valora también este consumo mediante una "unidad de alcohol" que es la cantidad contenida en un vaso de vino, un vaso de cerveza, o una copa de coñac. Las copas de licor "fuerte" como anisado, aguardiente, whisky, ron, etc., equivalen a "dos unidades". El límite en el varón son cuatro unidades diarias o veinte unidades a la semana; y el límite en la mujer son tres unidades diarias o quince unidades a la semana.

Estos datos se refieren siempre a personas sanas que no hayan tenido previamente problemas con el alcohol y no dan una seguridad absoluta de que no se vayan a tener a futuro problemas de salud, o desarrollo de la dependencia alcohólica.

Cada vez que una persona supera estos límites está sometiendo a su organismo a un efecto negativo que altera su funcionamiento, y que puede conducirlo a desarrollar dependencia del alcohol, o de otros problemas de salud derivados del efecto tóxico del alcohol en el cuerpo humano.

El consumo de alcohol en el Ecuador es tan alto y en algunas ciudades importantes se inicia entre los 12 a 13 años, considerándolo a su consumo como "normal". Cinco mujeres por cada diez hombres consumen alcohol, al igual que ocho de cada diez ecuatorianos, y se considera que un 30% de ecuatorianos tiene problemas con el alcohol.

En realidad, la enfermedad alcohólica comprende ambos elementos puesto que la dependencia implica el uso excesivo, continuo o esporádico del alcohol del que se derivan una serie de consecuencias nocivas tanto médicas, sociolaborales, personales y familiares para el bebedor problema:

1.4 Prospectiva

El alcohólico forma parte de un grupo familiar, (que en la mayoría de veces es disfuncional) siendo necesario integrar también a la familia para que participe activamente en la orientación, protección y promoción de la salud, involucrándose activamente para obtener una modificación en el estilo de vida de la familia.

La familia es un sistema en continuo proceso de evolución y cambio, adaptándose y transformándose en relación con las presiones internas y externas.

El presente estudio, es basado en la idea de que el alcoholismo no solo es una "enfermedad individual" sino un "estilo de vida" de la persona con relación a su contexto familiar y comunitario.

Las reuniones de familias en las casas barriales son el eje principal del estudio, está conformado por personas y familiares con problemas relacionados con el alcohol y otro grupo de familias (que en este estudio son las de control) que no tienen problemas de alcoholismo, y dirigido por uno o varios facilitadores. Se tratan diferentes temas cuando además del alcohol se presenta diferentes problemas.

Las familias se encuentran cada semana en forma regular; para consolidar su intención de cambio de estilo de vida y obviamente para dejar de beber.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General:

Caracterizar la disfunción familiar en hogares con personas alcohólicas en barrios populares de la ciudad de Quito.

1.5.2 Objetivos específicos:

- Identificar la disfunción familiar en hogares con personas alcohólicas.
- Determinar los factores de riesgo que favorecen el apareamiento de disfunción familiar en hogares con personas alcohólicas.
- Diseñar y aplicar una guía alternativa de intervención en disfunción familiar y alcoholismo.

1.6 Preguntas de Investigación

- Cuáles son los mecanismos para identificar familias disfuncionales en hogares con personas alcohólicas?
- Cuáles son los factores de riesgo que inciden en el apareamiento de la disfunción familiar?

1.7 Justificación

Los tres barrios investigados de Quito tienen un alto índice de población marginal que presenta no sólo el maltrato individual, sino el llamado maltrato social porque muchas familias sufren al ver que sus familiares más cercanos terminan en alcoholismo

Como causa del alcoholismo están la desorganización familiar; la falta de educación, la carencia de recursos económicos; la ausencia de responsabilidad.

La incidencia del alcoholismo en los segmentos más jóvenes de la sociedad, es un indicador de la ineficacia o ausencia de: programas educativos e informativos

coherentes, políticas eficaces de regulación, y sobre todo, una discusión franca y abierta entre padres e hijos. Una juventud desorientada, sin referentes, sin sueños, sin un motivo de existencia, en un contexto de desintegración familiar, es caldo de cultivo para la proliferación de cualquier tipo de adicciones.

Durante los últimos años se ha reconocido cada vez más la importancia que tiene la familia en la comprensión y tratamiento del alcoholismo. Por otra parte, el alcoholismo se puede transmitir de una generación a otra, siendo importante indagar este aspecto en la realización del genograma de un paciente, sobre todo si se sospecha que puede ser bebedor excesivo.

Frecuentemente encontraremos que los hijos de padres alcohólicos se hacen alcohólicos y las hijas de alcohólicos se casan con alcohólicos.

El alcoholismo es una enfermedad grave que afecta a todos los miembros de la familia. A menudo provoca problemas o rupturas familiares.

Se debe plantear a la familia que el paciente tiene un problema con el alcohol, mejor que como alcoholismo, y dejar claro que se trata de una enfermedad en la cual es importante la participación de todos para poder superarla.

La intervención familiar consiste en conseguir que las personas más cercanas al afectado se enfrenten en grupo, con él para puntualizar las consecuencias específicas de la bebida, incluyendo el deterioro de los vínculos familiares y el deterioro laboral.

1.8 Factibilidad.

Consideramos que la realización del presente trabajo de investigación, se está llevando a cabo con éxito, puesto que:

- ☞ Disponemos de bibliografía suficiente como sustento teórico del problema que es necesario para desarrollar este trabajo investigativo.
- ☞ Existen los materiales necesarios para el desarrollo de este trabajo, el presupuesto requerido para satisfacer las necesidades que surjan en este trabajo investigativo.

- ☞ Dada la importancia del presente trabajo, existe la predisposición de los directivos de los barrios, motivo de la investigación, de colaborar en este trabajo.
- ☞ La buena relación comunitaria existente en los barrios y la respectiva planificación, constituyó una garantía para culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría Base.

La familia constituye el primer grupo al cual pertenece el individuo y nace de la unión biológica y espiritual de un hombre y una mujer, los cuales deciden una vida en común.

Numerosos estudios se han dirigido a la búsqueda de indicadores que faciliten la identificación de su tipo de funcionamiento, llegando al consenso de que cuando existe un grado importante de funcionalidad, se promueve el desarrollo integral de sus miembros, pero lo cierto es que, con independencia de ésta, todas sufren las tensiones y presiones de la sociedad moderna y se generan cambios que influyen en el desarrollo familiar e incluso facilitan el surgimiento de crisis.

Uno de los eventos más controlados que puede enfrentar la familia, y que por el desconocimiento que se tiene al respecto no es bien manejado, es el alcoholismo; problema por lo general subestimado cuando, sin embargo, está considerado entre los tres grandes enemigos de la salud junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

(Guerra, 2002, p. 55).

Aproximadamente el 70% de la población del mundo consume alcohol en alguna cantidad y de ellos, por lo menos el 10% se convertirán en alcohólicos en el curso de sus vidas.

Para la investigación de la familia se ha hecho necesario el establecimiento de indicadores que permitan identificar sus particularidades como grupo sistemático y de hecho, numerosos investigadores han aportado instrumentos que facilitan el desarrollo de este procedimiento.

Muchos investigadores que afirman que el alcoholismo es uno de los acontecimientos que en mayor medida genera disfuncionalidad, no obstante, puede haber familias de enfermos crónicos con niveles de funcionamiento aceptables.

La habituación alcohólica puede ser generadora de crisis por desorganización, sin embargo, las características de las manifestaciones de la enfermedad en el paciente o su aparente control, la fase en la que se encuentra la misma, generalmente no complicada y la significancia del enfermo para el microgrupo podrían ser algunos factores que contribuyen al mantenimiento de algunas dimensiones funcionales.

Los resultados de este estudio demuestran que los sentidos personales ejercen una poderosa influencia en la determinación de las particularidades de la familia como grupo que funciona a partir de complejos procesos interactivos y psicológicos que juegan un papel decisivo en la implantación de soluciones adaptativas y funcionales adecuadas.

En este sentido debe señalarse que la inexistencia de crisis en la mayoría de las familias estudiadas no constituye un factor positivo para su crecimiento, sino el incremento de costos grandiosos para la salud del paciente.

El desconocimiento acerca de las características de la toxicomanía, propicia la inadecuada adopción de actitudes para su enfrentamiento y dada su complejidad otros estudios señalan que aún en los casos de familiares convencidos de que el adicto es un paciente se evidencian aspectos de las relaciones interpersonales notablemente diferentes de las presentes en las relaciones familiares con otros enfermos por lo que habitualmente se utilizan la hostilidad, el rechazo, la crítica y los regaños como forma de tratamiento familiar.

En tal sentido es preciso señalar que uno de los elementos esenciales que posibilita la obtención de cambios en el curso de la enfermedad es la disposición del paciente para

su rehabilitación, cuestión que solo es posible luego de su reconocimiento como enfermo. De modo que se hace imprescindible el trabajo con la familia como grupo sistémico.

2.1.1 Teoría Existente.

Desde el año 1998 se instaura en el Ecuador Modelos Ecológicos a través de "Clubes de Familias". Son programas sectoriales, cercanos al sitio de su vivienda, en su ambiente, con el convencimiento de que estas reuniones informales, familiares y sociales que tienen un costo reducido y según estudios de otros países tienen una eficacia similar respecto a tratamientos en hospitales o Instituciones protegidas o financiadas.

Se considera y con gran aceptación que los programas sectoriales tienen un beneficio importante para el control a mediano y largo plazo de los problemas ligados al alcohol; se educa a las familias y a la sociedad de manera que se logre un cambio de actitud hacia la percepción de la familia, existan mejores patrones de crianza, y se mejore el manejo de conflictos intrafamiliares.

La Organización Mundial de la Salud también habla sobre la importancia de estos programas "cuando estos se respalden sobre metodologías prácticas, científicamente válidas y socialmente aceptables, universalmente accesibles a individuos y familias de la comunidad y los países se puedan permitir mantener a cada período del propio desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación".

2.1.2 ALCOHOLISMO

El alcoholismo se considera una enfermedad porque el conjunto de fenómenos derivados de la pérdida de control llena todos los requisitos que la medicina exige para considerar como enfermedad a determinado conjunto de signos y síntomas:

a) tiene una historia natural

- b) hay un cuadro clínico perfectamente identificado y similar para todos los individuos que lo padecen
- c) hay una etiología
- d) tiene una fisiopatogenia
- e) un pronóstico
- f) un esquema terapéutico integral
- g) una serie de estrategias para su prevención

Definición de Alcoholismo por Alcohólicos Anónimos

En 1935 Alcohólicos Anónimos definió como alcohólico a " toda persona vencida por el alcohol y cuya vida empieza a ser inmanejable".

Existen dos conceptos que son claves y que deben estar en cualquier definición, son: la pérdida de control y el uso continuado de alcohol.

Zorzi Claudio; y Renzo De Stéfani dan una definición sobre las bases actuales del conocimiento científico, y definen al alcoholismo como "una situación caracterizada por la presencia de una dependencia de alcohol asociada a problemas físicos, psíquicos y sociales"

El alcoholismo es una enfermedad crónica de desarrollo insidioso y evolución progresiva que se caracteriza por la incapacidad de la persona por controlar su manera de beber, lo que da lugar a que en la mayor parte de las ocasiones el afectado lo haga en forma excesiva y desarrolle problemas en su salud, su familia, su trabajo, y en su relación con la sociedad en general.

Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia física y síquica al alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva, durante cierto tiempo y por una predisposición genéticamente determinada. La Organización Mundial de la Salud, en el año de 1993 le dio esta categoría, pues reúne

los requisitos de un padecimiento humano que puede ser identificado, diferenciado de otros, diagnosticado, pronosticado, tratado, rehabilitado y prevenido dentro de los principios fundamentales de la medicina.

No existe el alcoholismo agudo ya que solo la mención de alcoholismo lleva implícito su carácter de crónico.

El mal llamado alcoholismo agudo se refiere a la intoxicación etílica aguda o borrachera.

(Hudolin, 2003, p.15)

2.1.2.1 PASOS PARA EL ALCOHOLISMO

☞ Intoxicación etílica aguda (borrachera)

"La borrachera" es una intoxicación por consumo excesivo de alcohol. Se da cuando una persona llega al estado de ebriedad. Es un cuadro agudo, o sea una complicación transitoria que tiene unas horas de duración, después de las cuales la persona se restablece completamente.

(Guerra, 2002, p. 41).

☞ El enfermo alcohólico.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, caracterizada por la adicción al alcohol con una dependencia física y psíquica a esta sustancia. Una persona que ha desarrollado el alcoholismo, aunque deje de beber seguirá siendo alcohólica, un bebedor normal o un alcohólico pueden estar borrachos en un momento dado, pero un alcohólico aunque no esté borracho sigue siendo un alcohólico.

El término enfermedad alcohólica se refiere a un estado patológico que el individuo

tendrá toda su vida. Este desorden crónico podrá tener etapas de control o asintomáticas, en donde no se manifiesten los síntomas de la enfermedad, pero esta se mantiene potencialmente dentro del paciente afectado.

Existen algunos enfermos con enfermedades crónicas como la diabetes, el reumatismo, la epilepsia, etc. Una enfermedad crónica se controla pero no se cura. Un diabético que siga la dieta prescrita, que tome los medicamentos hipoglicemiantes, que se someta regularmente a los exámenes de laboratorio, seguramente estará bien controlada su diabetes, podrá hacer una vida normal, pero no podemos decir que esté curado puesto que si descuida su tratamiento, come azúcares o carbohidratos en exceso, su padecimiento se descontrolará y se complicará.

Lo mismo ocurre con el alcohólico, mientras no beba, su padecimiento estará controlado, pero en cuanto vuelva a beber los síntomas de su enfermedad crónica volverán a manifestarse poniendo en riesgo su salud y enfermará a su familia.

(Marban, 2007, p. 251).

☞ **Cómo reconocemos la enfermedad.**

Se dice que la enfermedad del alcoholismo tiene un desarrollo insidioso porque es muy difícil precisar el momento en que se declara. En esto radica una de las principales dificultades para el diagnóstico temprano del alcoholismo, y lo más importante es que el sujeto afectado identifique, reconozca y acepte que se le ha declarado una enfermedad que pone en riesgo su salud y la de su familia.

La mayor parte de los enfermos alcohólicos reconocen su enfermedad o solicitan ayuda médica cuando ya está muy avanzado el proceso o se ha presentado alguna complicación médica.

Igualmente muchos médicos o psicoterapeutas por lo insidioso de la enfermedad, no saben reconocerla oportunamente y en muchos casos, solo le dan al bebedor problema

la categoría de enfermo cuando ha desarrollado alguna complicación médica como una cardiopatía o una cirrosis hepática.

☞ **Del uso al abuso.**

Este desarrollo insidioso radica en que el proceso que conduce al alcoholismo en sus etapas pre-patológicas evoluciona muy lentamente (en cinco, diez o más años) y de una forma muy sutil de modo que casi nadie detecta los síntomas prodrómicos de la enfermedad. Durante la etapa previa a que esta se declare no existe mucha diferencia entre un bebedor social y un bebedor problema.

Es muy difícil precisar el momento en que el bebedor se convierte en alcohólico. El bebedor va pasando por ciertas etapas antes de llegar al alcoholismo.

Al principio solo bebe en forma *ocasional*, más tarde empieza a beber en forma *habitual* (aquí desarrolla un hábito), luego empieza a consumir alcohol en forma *excesiva* y cae en lo que se llama *abuso del alcohol o bebedor excesivo*.

Esto ya constituye un problema, aunque todavía no se desarrolla una franca adicción al alcohol, que es justamente la última etapa del proceso que marca el cruce de la frontera entre el bebedor y el alcohólico.

La medicina se basa en dos parámetros clínicos para determinar si un bebedor excesivo se ha convertido en alcohólico.

Estos dos parámetros son: la tolerancia y el síndrome de supresión.

La tolerancia se define como una adaptación biológica del organismo al alcohol, por la cual el bebedor necesita mayor cantidad de alcohol para obtener los mismos efectos que antes lograba con menor cantidad.

El segundo parámetro para saber si el bebedor excesivo ya desarrolló una dependencia física al alcohol es el *Síndrome de supresión*. Este constituye un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que presenta un bebedor problema después de haber bebido excesivamente durante varias horas o días, cuando empiecen a bajar sus niveles de alcohol en la sangre.

Lo anterior quiere decir que, una vez alcanzados niveles altos de alcohol en la sangre se genera una adaptación metabólica del organismo a estos altos niveles de alcoholemia.

Cuando la persona deja de beber, los niveles de alcohol en la sangre empiezan a bajar; como el organismo ya está adaptado al alcohol al disminuir la alcoholemia se produce una reacción de desadaptación metabólica lo que se manifiesta a través de signos y síntomas que provocan un grado de sufrimiento al paciente. Por decirlo de otra forma el organismo "protesta" porque se le reducen los niveles sanguíneos de una droga a la que ya se adaptó, presentándose dichas molestias que son una forma de alarma para obligar al adicto a que siga bebiendo.

(Velasco, 2000, p. 17)

☞ **Del abuso a la adicción.**

Cuando aparece el fenómeno de la tolerancia en un bebedor, esto suele resultar muy engañoso, pues lejos de que le cause preocupación, siente que ya ha aprendido a beber, cada día aguanta más y, a diferencia de antes, ahora consume grandes cantidades de alcohol sin que se presenten síntomas tempranos de borrachera. Es en este punto peligroso que la gente cree que ya aprendió a beber, el bebedor se confía, y cada vez consume alcohol en mayor cantidad, con mayor velocidad, durante más tiempo y con más frecuencia.

Esta adaptación biológica consiste en una serie de cambios metabólicos de tipo

adaptativo que ocurren en la intimidad del hígado y del cerebro, dando lugar a una serie de transformaciones neuroquímicas, en las vías metabólicas de degradación del alcohol, lo que finalmente conduce al fenómeno de la *compulsión*, que es la incapacidad del individuo para controlar su manera de beber, caer con más frecuencia en el exceso alcohólico y presentar problemas de conducta que afectarán su vida **familiar, laboral y social**.

Estos cambios neurobiológicos, que ocurren en la intimidad del cerebro son irreversibles, es decir si el sujeto alcohólico deja de beber por un tiempo, pero más tarde vuelve a consumir alcohol, el cerebro volverá a reaccionar en la misma forma como lo hizo la última vez que bebió y tarde o temprano vuelve a aparecer el fenómeno de la compulsión. Esto es lo que los expertos de la OMS llaman: *"Reinstalación del síndrome de dependencia una vez que el alcohólico vuelve a beber"*.

(Guerra, 2002, p. 39).

☞ **De la adicción a la falta de control.**

Esta incapacidad de control, que es el síntoma primordial del alcoholismo, deriva de la ya mencionada compulsión proveniente de las transformaciones neuroquímicas que sufre el alcohólico en la intimidad de su cerebro y también del síndrome de supresión. Por el temor de presentarlo, el alcohólico sigue bebiendo para que no disminuyan sus niveles sanguíneos de alcohol.

(Marban, 2007, p. 248)

☞ **Las consecuencias del alcoholismo**

Las consecuencias lógicas de esta incapacidad de controlar la manera de beber son la ingesta excesiva del alcohol y los trastornos de la conducta, los cuales dan lugar a la transformación de la personalidad del alcohólico cuando se embriaga. El individuo se toma irresponsable, necio, agresivo, repugnante, peligroso, desarrolla problemas de

salud física y mental como consecuencia de los niveles tóxicos de alcohol que frecuentemente presenta y de los problemas a nivel de su familia, de su trabajo y también de tipo legal y descrédito social.

(Marban, 2007, p. 253)

☞ **Herencia y/o aprendizaje.**

El último elemento de la definición se refiere a la etiología de la enfermedad. El individuo desarrolla una dependencia psíquica (obsesión por la bebida y necesidad de su consumo para aliviar tensiones) y física (compulsión por la bebida e incapacidad para detenerse una vez que ha empezado a beber) como consecuencia de dos factores: uno de tipo heredado y otro de tipo aprendido.

☞ **El factor heredado.**

Es una predisposición genética a la enfermedad con la cual seguramente nació el individuo.

Está ampliamente demostrado el factor genético en la etiología del alcoholismo, ya que todos los alcohólicos tienen un familiar en primero o segundo grado que también lo es, aunque vale la pena aclarar que esta predisposición genética no es determinante para el desarrollo del alcoholismo sino que, necesariamente tiene que interactuar con los otros dos factores etiológicos de la enfermedad, que son el factor psicológico (vulnerabilidad psicológica para el manejo de las emociones y el factor socio cultural (estar inmerso en un medio propicio para el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas).

☞ **El factor aprendido**

Se refiere a la influencia socio-cultural que recibe el bebedor. En la mayor parte de los bebedores, genéticamente predispuestos hacia la enfermedad del alcoholismo y con una vulnerabilidad psicológica que le dificulta el manejo de sus emociones, son una

presa fácil para llegar al alcoholismo.

El bebedor, al exponer su organismo sistemáticamente a niveles tóxicos de alcohol induce a cambios neuroquímicos en las vías metabólicas hepato-neuronales, dando lugar a las transformaciones que determinan en la dependencia física y por lo tanto la adicción al alcohol.

Con esto hemos querido aclarar por qué el alcoholismo es una enfermedad compleja de repercusiones severas en su familia, es una enfermedad multifactorial (biopsicosocial) que presenta diferentes fases en su desarrollo evolutivo y que para su comprensión, abordaje, manejo y tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario altamente organizado y capacitado.

(Marban, 2007, p. 250)

2.1.3 LA FAMILIA

☞ Tipos de familias

La familia es un sistema, en el sentido de estar compuesta por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás.

No se encuentra aislada, es un sistema abierto, en una interrelación con otros sistemas de su entorno inmediato, de su contexto sociocultural.

Goza de un elemento fundamental (los valores propios de la familia) y otro elemento normativo (los límites y leyes) que regulan los comportamientos en su seno y las relaciones entre sus miembros. Posee una estructura jerárquica que garantiza el funcionamiento del sistema; y que está a su vez compuesta por diferentes niveles:

- Nivel conyugal, nivel de relaciones entre la pareja de cónyuges
- Nivel parental, nivel que se establece entre los padres y los hijos
- Nivel fraterno o filial, se refiere a las relaciones entre hermanos

La estructura jerárquica se completa con las relaciones que se dan en cada uno de estos niveles.

Son importantes los límites y las normas que se fijan o establecen para cada uno de estos niveles.

- **Familia nuclear**

Es una familia formada por una pareja, que pueden o no tener hijos, tienen un parentesco legítimo y viven juntos.

- **Familia seminuclear**

Familia con hijos formada por un solo jefe de familia, sea el padre o la madre debido a soltería, viudez, separación, etc.

- **Familia extensa**

Formada por miembros familiares que tienen un vínculo de varias generaciones.

- **Familia compuesta**

Familia a la que se unen miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (compadres, ahijados, amigos, huéspedes).

- **Familia extensa modificada**

Son familias que tienen apoyo de sistema de redes familiares y pautas de ayuda mutua (ancianatos, albergues etc.)

Hay familias cuyos límites son claros, esto es, que los derechos, deberes, y los roles del padre, la madre y de los hijos están perfectamente definidos. Existen otras familias donde las normas y límites son claros pero sobre todo rígido o sea, los padres tienen derechos y los hijos tienen sobre todo deberes, los hijos pueden dar pocas opiniones.

En otras familias cuyos límites, roles y normas son especialmente difusos, la diferencia entre los papeles de los padres y los hijos no es nítida, los hijos pueden asumir responsabilidades de padres y el padre y la madre pueden ser aliados, enemigos o confundirse entre sí.

La familia "es un sistema en continua evolución y cambio, adaptándose y transformándose en relación con las presiones internas y externas" (Rodríguez y Sanz, 1987), y que va atravesando su ciclo vital o momentos de crisis normativas (normales) estas son: noviazgo, matrimonio, aparición del primer hijo, aparición de otros hijos, adolescencia, juventud, matrimonio de los hijos y retorno a la soledad de la pareja.

☞ **Características de la familia del siglo XVIII**

- La casa pasa a ser un ámbito privado y de intimidad.
- A la madre se la considera el centro del hogar.
- Se somete a los hijos/as a una libertad vigilada y a un aislamiento exagerado respecto a los peligros del exterior.
- Aparece la escuela como una institución formativa y socializadora.
- Se alarga la infancia a todo el período escolar.

☞ **Características de la familia actual**

- Se afianza la familia como unidad de producción y consumo. Los miembros de la familia ahora deben salir fuera del hogar y trabajar.
- Se extiende la familia nuclear y disminuye la familia extensa aunque lentamente y se preservan algunas relaciones con la familia extensa.
- Aparecen otros modelos de familias: monoparentales, unión libre, de separados, de divorciados con o sin hijos etc.
- Se alarga el número de años que los hijos e hijas permanecen en el hogar; permanecer en el hogar hasta los 30 años empieza a ser lo normal y no lo excepcional.
- Han surgido redes secundarias (asociaciones locales) para dar apoyo a las familias y mejorar el sentimiento de inseguridad.
- De esta manera nos damos cuenta de la importancia fundamental que la familia continúa teniendo en las sociedades.

Podemos decir que en la actualidad las familias son más pequeñas (extensión de las familias nucleares y descenso de la natalidad), están más aisladas (familia menos extensa y deterioro de los vínculos sociales, los hijos conviven durante más años), pero las relaciones de convivencia diaria son de menor duración (trabajo y estudio fuera de casa), las familias mantienen una influencia sobre sus miembros, pero esta influencia la deben compartir con otras instituciones socializadoras (escuela, colegio, trabajo etc.).

2.1.3.1 FAMILIA FUNCIONAL

Una familia sana o funcional es aquella que tiene una estructura flexible, es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital; son familias creativas, gratificantes, formativas y nutridoras.

2.1.4 FAMILIA DISFUNCIONAL

La falta de afecto y comunicación real entre padres e hijos hace que estos se distancien

poco a poco del entorno familiar, al no encontrar allí respuesta a sus problemas. El poco interés de los padres en la educación de los hijos o el deficiente control por un excesivo liberalismo en la educación llevan a una inadecuada formación de los jóvenes. Otras pautas incorrectas de educación son las actitudes de sobreprotección o autoritarismo que dificultan el diálogo de la familia y generan diversos tipos de carencias afectivas y un clima que no favorece el crecimiento personal con la falta de independencia y de capacidad para afrontar situaciones problemáticas. Por otro lado, el mínimo esfuerzo empuja a los adolescentes a conseguir todo por la vía de la facilidad y de la inmediatez.

Una familia disfuncional es aquella que se ha establecido de conflictos no resueltos que conllevan a estados tensionales que afectan el clima y la estructura familiar. Se caracteriza por un ESTANCAMIENTO, un ciclo permanente de infelicidad, lucha por el poder, distorsión de la comunicación, mal manejo en la agresión, poca afectividad familiar y crisis de autoridad.

Las familias que tienen un familiar con alcoholismo se dice que llegan a ser disfuncionales, son familias con problemas, son tensas y pueden llegar a ser violentas, obstaculizan en menor o mayor medida el desarrollo de sus miembros, suelen presentar alteraciones en la autoestima, bajo desempeño escolar, problemas afectivos emocionales y de comportamiento, dificultades en las relaciones interpersonales, pueden ser maltratadores, además son vulnerables a desarrollar conductas psicopáticas incurrir en el alcoholismo o la drogadicción.

Las relaciones familiares y la comunicación se van haciendo cada vez más disfuncionales, debido a que el sistema familiar se va enfermando progresivamente. La comunicación se hace más confusa e indirecta, de modo que es más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. Esta disfunción se va convirtiendo en el estilo de vida familiar y produciendo en muchos casos el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos.

Las reglas familiares se tornan difusas, confusas, rígidas e injustas para sus miembros, así como los roles de cada miembro familiar que se va distorsionando a lo largo del proceso del avance de la adicción. Todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí donde los niños van formando su carácter codependiente que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro.

Se ha observado que el alcoholismo ocasiona un desequilibrio en todos los ámbitos del ser humano: del alcohólico mismo en su trabajo, en el área social, el área personal y desde luego en su familia. Así pues, las relaciones interpersonales se van deformando conforme avanza el alcoholismo del sujeto lo que se manifiesta al relacionarse con sus semejantes.

Además se puede decir que es un problema que trasciende en cuanto a que tiende a dejar huellas emocionales muy profundas entre los miembros más cercanos al alcohólico, pero sobre todo en los hijos que se van formando experiencias agradables y representa un obstáculo para un adecuado desarrollo de cada integrante de la familia, considerando así que todos los miembros de la misma sufren las consecuencias del alcoholismo, incluyendo hermanos, amigos y familiares; es decir toda persona que mantenga una relación estrecha con un alcohólico resulta afectada de alguna u otra manera.

El ambiente familiar que prevalece en un hogar alcohólico y disfuncional suele ser la cuna en la que giran los problemas de la familia ya que estas colocan en el centro de sus vidas al alcohólico y en torno a él giran todos sus miembros. Así pues las interacciones de unos miembros de la familia con otros, es decir la forma en que se relacionan entre ellos suele ser de gran importancia, ya que es bien sabido que la conducta de la familia en general contribuya para que este continúe bebiendo o para que reconozca que necesita ayuda y decida iniciar su recuperación.

La familia alcohólica es una familia disfuncional (Black, 1981), siendo los siguientes parámetros sus características más comunes:

- El comportamiento de sus miembros es impredecible e incoherente.
- Las emociones se reprimen.
- Cuando expresan sus sentimientos se enjuician culpándose unos a otros.
- Existe violencia, agresividad y generalmente se destruyen los vínculos afectivos.
- Sus reglas son implícitas, surgen de la vergüenza, miedo y culpa y tienen actitudes rígidas.
- Predomina una atmósfera desagradable.
- Hay alianzas destructivas, uno de los padres se une a un hijo contra el otro padre.

Ahora bien, tanto la familia funcional normal como la familia disfuncional alcohólica pueden no presentar los puntos anteriores pero sí tienden a predominar unos rasgos más que otros.

Las pautas de comunicación en una familia disfuncional se dice que tienden a ser caóticas, además de que no cuentan sus miembros con la oportunidad de ser escuchados. Existe una triangulación que obedece a una alianza excesiva o escasa, contrario a las familias funcionales en las cuales la lealtad y la estabilidad para mantenerse unidas son suficientemente flexibles para estimular el crecimiento individual de sus miembros.

La capacidad de la familia desarrolla un sistema integral para mantenerse sana, en el sentido que como organismo se liga por reglas de comportamiento entre sus miembros. Existe la posibilidad de que las familias con alto índice de disfunción familiar se hayan adaptado y asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales, culturales, psicológicas, educativas y los mismos planes trazados, lo que las hace más vulnerada a los procesos de salud y enfermedad.

La salud porque es la que regula y mantiene los procesos de salud – enfermedad tanto en el interior como el exterior de esta familia y en relación con otros sistemas.

Se está en presencia de una familia disfuncional cuando las interrelaciones personales entre sus miembros están matizadas por la falta de equilibrio y armonía emocional.

Por otra parte no son satisfechas las necesidades afectivas, culturales y educativas con consecuente formación y transformación de cada uno de sus integrantes. En estas familias la comunicación no es franca abierta y espontánea.

Si se afectan algunas de sus funciones y existe un rompimiento de la comunicación con la insatisfacción de las necesidades que le corresponden ser satisfechas por la familia, ocurre entonces una desarmonía y desequilibrio emocional y con ello, la disfunción familiar que no logra la formación y transformación de sus miembros e inclusive en ocasiones esta disfuncionalidad trasciende los límites de la familia nuclear para llegar a la familia extendida y a otros elementos de la comunidad.

En estas familias sus miembros pueden demostrar disfuncionalidad cuando:

- Se pierde el control con facilidad y con ello el equilibrio emocional.
- Las manifestaciones de irritabilidad son frecuentes.
- Existe un incorrecto manejo de la enfermedad que lleva al rechazo del alcohólico y hasta de algunos de sus familiares.
- Hay agresividad en las respuestas a través de la comunicación.
- Suelen ser víctimas o victimarios.
- Se culpan unos a otros.
- Hay limitadas expresiones de afecto.
- Se expresan sentimientos de culpa y agresividad almacenados del pasado.
- Decrecen las relaciones entre sus miembros.
- Inconsistencia al regular límites y cumplimiento de reglas.
- La comunicación es inefectiva, esta se matiza de ofensas y discriminaciones injustas.

☞ **Criterios para determinar disfunción familiar según Satirs**

Para determinar el grado de disfunción familiar de una familia, Satirs emplea los siguientes criterios:

- **Comunicación:** En una familia funcional (normal) la comunicación entre sus

miembros es clara, directa, específica, y congruente, características opuestas a una familia disfuncional.

- **Individualidad:** La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- **Toma de decisiones:** La búsqueda de una solución personal apropiada para cada problema es más importante que la lucha por mejora grupal. En las familias disfuncionales importa más, ver quién va a salirse con la suya; y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere ceder o perder.
- **Reacción a eventos críticos:** Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar el equilibrio sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas.

En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de problemas cuando las crisis amenazan con romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de algunos síntomas en sus integrantes. Por ejemplo el conflicto estimado no resuelto en la pareja o entre padres e hijos; puede presentarse como una depresión, con síntomas corporales en los adultos o los niños, como problemas de conducta o como un trastorno de simulación en los adolescentes.

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de la familias disfuncionales suelen utilizar muy frecuentemente los servicios de salud, y demuestran su incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas; con frecuencia les resulta difícil encontrar el origen de sus problemas.

2.1.5 LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LAS RELACIONES FAMILIARES

Hablar del alcoholismo puede resultar polémico dado que se trata de una enfermedad que afecta a una importante población (el 77% de la población en el Ecuador tiene un familiar que padece problemas con el alcohol. INEC 2001), por lo que deberíamos tratarlo como una epidemia. La epidemia alcohólica corre pareja y a la sombra de otra epidemia todavía mayor: el tabaquismo, que afecta a millones de ecuatorianos.

Existen algunas consideraciones acerca de la familia y el alcoholismo que tienen una relación mutua de interdependencia.

Generalmente nos preguntamos ¿Qué es lo que podemos hacer mientras él o ella (alcohólico/a) no quieren iniciar un tratamiento? ¿Cómo perturba a la evolución de una familia la existencia de un alcohólico en ella? ¿De qué forma podemos prevenir en casa el alcoholismo para que nuestros hijos no caigan?

Una persona es alcohólica cuando es incapaz de dejar de beber aún reconociendo los trastornos que le procura el consumo de alcohol. Los problemas que ocasiona el alcohol son de diferentes tipos como hemos visto. Lo característico del alcohólico es su afán compulsivo a continuar bebiendo.

Algunos especialistas señalan que el alcoholismo no es una reacción a algo sino más bien es un impulso básico primario, tan poderoso como el hambre o la sed, desencadenado y asociado a la química del cerebro. El alcohólico continúa bebiendo a pesar de las consecuencias negativas; incluso, a veces elige no beber, pero continúa haciéndolo a escondidas de todos modos pese a haber tomado la decisión firme de no hacerlo.

Para un alcohólico recaer en la bebida es tan natural como hacerlo en otros impulsos primarios. Para algunos autores, el alcoholismo sería un impulso aberrante hacia el

consumo de alcohol.

Podríamos considerar al alcoholismo como una colección de enfermedades, pero cuando comienza a beber no está claro que exista enfermedad alguna ni dependencia. En realidad se dice que lo que existe no es el alcoholismo sino alcohólicos, que cada uno es diferente aunque sin duda podemos encontrar rasgos y tendencias comunes.

El alcoholismo dificulta y perturba el normal desarrollo, de la personalidad, y que como consecuencia del uso reiterado del alcohol produce enfermedades a nivel físico y mental, de comportamiento etc. Todo esto suele suceder durante el proceso que llevará al adolescente a convertirse en adulto, por lo que inevitablemente repercutirá en la familia y en el entorno social del individuo que bebe.

Nos encontramos con personas que en lugar de enfrentarse a los problemas para crecer y madurar con ellos, por diferentes razones han continuado bebiendo desajustándose la familia gradual y progresivamente, del mismo modo que las familias atraviesan por ciclos vitales, necesitan superar para continuar creciendo, madurando y evolucionando, las personas atravesamos fases o crisis que nos permitirán desarrollar nuestra personalidad, las necesidades, las expectativas y las formas de comportarnos irán variando en cada fase o ciclo de nuestra vida.

(Velasco, 2000, p. 367)

2.1.6 MECANISMOS DE DEFENSA DE LA FAMILIA Y EL ALCOHÓLICO

Existen mecanismos de defensa bastante habituales que son utilizados tanto por el alcohólico, como por los familiares más cercanos o coadictos.

- **Negación.** Al principio el afectado puede negarlo todo o parte, intenta preservar un cierto equilibrio interno, que la vida no se le complique más de lo que ya tiene. Sin duda no lo consigue y da lugar a mayores mentiras que generan un clima de mayor desconfianza. También los familiares suelen negarlo todo al principio, no le ayudan, tampoco se ayudan a sí mismos

- **Minimización.** Restar importancia a la gravedad y a las consecuencias de la enfermedad. Él pretende protegerse o su familia pretende protegerlo.
- **Racionalización.** Tendencia a buscar excusas, a justificar lo injustificable para encubrir las consecuencias de lo que bebe. Si rechaza el tratamiento se le deben mostrar todas las consecuencias de su alcoholismo. La familia también utiliza esta defensa para encubrir la situación.
- **Proyección.** Busca culpas fuera de sí mismo en el familiar, en el grupo de amigos, en la sociedad, en los padres etc. A su vez la familia puede culpar cruelmente al alcohólico de sus propios fallos y proyectar su resentimiento contra él.

En general tanto el alcohólico como el familiar precisan de apoyo exterior.

La familia debe ser informada y orientada para poder empezar a modificar la relación con el afectado.

2.1.7 LA FAMILIA Y EL ALCOHÓLICO

Es frecuente que el resentimiento hacia el alcohólico constituya un elemento de culpabilidad en el seno de la familia.

El alcohólico, al principio, suele engañarse consciente o inconscientemente sobre su problema. El familiar más cercano o la persona que tiene influencia sobre él suele protegerle de las consecuencias de su alcoholismo.

Cada alcohólico es diferente, pero casi todos tienen alguien en quien apoyarse, alguien que calla, aguanta o mantiene el engaño ante los demás. A veces hablamos de coadictos, el alcohólico depende del alcohol y del familiar cercano.

El coadicto dice que "su vida se vendría abajo si no tuviera a esa persona que pese a que le genera tantos sufrimientos, a ella la debo aguantar". De esta manera se perpetúan las relaciones dañinas de sobreprotección, de miedo, de ocultación de vergüenza. El alcohólico puede llegar a controlar el estado de ánimo del familiar más cercano o del coadicto.

Podríamos considerar al o los familiares cercanos "tan enfermos" como al propio alcohólico. El reconocer esta situación de alcoholismo, el actuar con sinceridad y honestidad, suele ser el mejor antídoto contra la dependencia.

La familia pasa a ser el elemento motivador esencial para la toma de decisiones, y va a ser el continente del paciente durante todo el proceso, pero para que ello sea posible, antes debe resolver sus propios problemas.

En la mayor parte de las ocasiones va a precisar tratamiento específico para su patología, su angustia y desorientación.

Mientras el alcohólico no decida dejar de beber, y de ser necesario solicitar ayuda; para ello la familia debe centrarse en resolver su propia angustia, su propio escepticismo, sus dudas, respetarse y valorarse a sí misma y comenzar a modificar progresivamente las relaciones con el alcohólico.

La familia también es susceptible de apoyo con mecanismos de auto-mutuo-ayuda de parte de familias con problemas similares. Contactar y conversar con otras familias que en situaciones parecidas, han sido capaces de encontrar una vía de solución al problema, las suele animar a continuar en el proceso.

(Velasco, 2000, p. 371)

2.1.8 REUNIONES DE FAMILIAS CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.

Al reunirse varias familias con problemas similares, se forma una comunidad

multifamiliar insertada en un barrio, que se motivan con regularidad para producir un cambio positivo en el estilo de vida, además de otros aspectos con el propósito de alejar el alcohol de la vida familiar.

Existen aspectos fundamentales en estas reuniones:

- Asisten personas solas, y familias con problemas similares.
- No es solo conseguir la abstinencia de las bebidas alcohólicas, sino el cambio en el estilo de vida familiar.

La importancia de esto, está no solo en superar el dilema del beber - no beber, sino en modificar el comportamiento de todo el grupo familiar.

Sin este cambio en el estilo de vida también el comportamiento relacionado con el alcohol no podrá llegar a ser de beneficio para toda la familia. Todos los cambios deben venir en relación con otros; en primer lugar con la familia, en el ambiente social, laboral y en el tiempo libre.

Se aprovecha las reuniones que se realizan en una sede y en un horario fijo; se efectúan una vez por semana, tienen una duración de dos horas y media, en las que se encuentran estas familias.

Una de las mayores dificultades en esta labor es lograr que la persona con problemas de alcohol, y su familia acepten la abstinencia definitiva con un profundo y duradero cambio en el estilo de vida.

El mejor resultado se obtiene cuando las personas que presentan problemas relacionados con el alcohol, los bebedores moderados y sus familias no tienen temor de enfrentar y asumir su abstinencia para vivir de una manera sobria en todos los roles cotidianos y compartir con los miembros de su entorno.

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre el organismo son ampliamente conocidos, pero para el grupo investigador son las causas de los problemas familiares, sociales y laborales, que en la mayoría de las veces resultan catastróficas.

Con el presente trabajo nos propusimos hacer una revisión de un conjunto de aspectos relacionados con la salud familiar, considerando ésta como un proceso único e irrepetible, que se caracteriza por no ser la suma de los problemas de salud individual de sus miembros y por tener un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, sociopsicológicos, psicosociales, del funcionamiento familiar, de la etapa del ciclo evolutivo, de la estructura y de la propia salud individual de los miembros. La salud familiar no es un estado estático, sino está sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia.

(Guerra, 2002, p. 56).

2.1.9 SALUD FAMILIAR Y COMUNIDAD

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia. Cuando se la ha intentado definir en ocasiones se ha referido a la salud de sus miembros, y en otras al funcionamiento familiar.

En la actualidad el modelo de salud familiar no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho. En algunos casos se hace énfasis en la salud individual sin lograr articular ésta con la salud familiar, y en otros casos se parcializan en algunos elementos interactivos del grupo, descuidando otros elementos que también son importantes. Esto hace que en este momento no podamos contar con una definición que contemple todos aquellos aspectos que están presentes en la salud familiar, y a los que se ha llegado por la profundización en el terreno práctico y teórico con la familia.

En 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia; definición ésta muy acertada al contemplar el elemento funcionamiento familiar tan importante para la salud, pero de forma incompleta.

Horwitz Campos y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis. Aquí se incorpora el elemento de la capacidad familiar para superar las crisis y de adaptación ante los cambios.

Louro I (1993), coincide con que el enfoque sistémico de la familia contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición o la suma de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital. La autora contempla los elementos del ciclo vital y destaca la importancia del enfoque sistémico.

Pérez E (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis. En esta conceptualización se incorporan elementos nuevos de vital importancia como son: la salud, que aunque no es explícita, parece estar referida a la de los miembros y su connotación en la salud familiar, los factores socioeconómicos y culturales.

Por último vamos a ver una definición que intenta englobar las anteriormente dadas. *Ortiz T* (1996), define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. Lo novedoso en este caso está en la incorporación de la capacidad de enfrentamiento a los cambios tanto internos como externos, lo que permite el crecimiento y desarrollo de los miembros.

De este análisis se extrae una conclusión y es que la propia práctica de la medicina familiar nos está demandando un cambio paradigmático en la conceptualización de la salud familiar. En las últimas décadas se ha acumulado la suficiente experiencia que obliga la búsqueda de un enfoque más contemporáneo de dicha temática.

Para el análisis de la salud familiar el modelo médico clásico y el método clínico resultan insuficientes; hay que pensar en hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico del problema de salud familiar, de la determinación de cuáles son aquellos factores psicosociales que ejercen un papel protector o de riesgo de enfermar a la familia. Este enfoque permite conocer qué factores predisponen o condicionan la salud, y con qué recursos cuenta la familia para enfrentar el problema.

La familia, aún en medio de una situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento a la problemática, teniendo como resultante el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros. La familia es capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover el bienestar y la salud familiar.

La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad).

La relación entre la salud individual y la salud familiar se considera que es de doble vía, es decir, que la influencia es recíproca. La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud, y con aquellos problemas de predominio biológicos, ya sean de carácter genético o no, que se transmiten de un miembro a otro. Con estos elementos, tanto biológicos como psicosociales, se construye la salud individual.

Ahora bien, cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar, tanto de orden psicosocial, como de predominio biológico; por ejemplo, en el primer caso tenemos cómo el alcoholismo en un miembro de la familia llega a alterar la dinámica familiar. Igualmente el nacimiento de un niño con síndrome de Down implica un reajuste familiar que puede llevar a la disfunción familiar si la familia no es capaz de reorientarse, así como el impacto de una enfermedad con mal pronóstico en un miembro de familia.

Los problemas de salud familiar ejercen su influencia sobre la salud individual, determinándola a través de las prácticas saludables o patógenas seguidas por el grupo familiar. Un modo de vida familiar saludable promueve la salud de los miembros, mientras que un modo de vida familiar no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes de la familia.

En el orden social vemos que la salud familiar se encuentra determinada por el modo de vida familiar y por el modo de vida de la sociedad. El modo de vida familiar constituye parte integrante del modo de vida de la sociedad. La familia como grupo

social encarna y desarrolla, mediante la ejecución de sus actividades vitales y la estructuración de sus relaciones sociales, el modo de vida de la sociedad.

El modo de producción, los factores geográficos naturales, las estructuras sociopolíticas y las condiciones materiales de vida, son elementos que condicionan el modo de vida de la sociedad y determinan el estado de salud de la población, demostrando que las condiciones macrosociales están estrechamente relacionadas con la salud individual y de la familia.

Dejando esclarecida la relación entre lo individual, y la familia y la sociedad, podemos pasar a hacer algunas especificaciones sobre la salud familiar:

- No es un estadio, sino un proceso continuo. Se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros.
- Es un proceso único e irrepetible en cada familia, que se caracteriza por manifestaciones propias que la identifican en cada grupo familiar.
- No es la suma de la salud individual.
- Es un proceso dinámico que se encuentra en un continuo equilibrio y cambio. La familia siempre está retada al cambio, los acontecimientos propios del ciclo vital y aquellos hechos o situaciones accidentales producen cambios en la vida familiar; es la capacidad de adaptación, la llamada al reajuste familiar y la búsqueda del equilibrio.
- Los problemas de salud familiar tienen un origen multicausal. Está determinada por factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia, total de ingresos y per cápita familiar), factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a

las redes de apoyo.

Tomando en cuenta los elementos señalados anteriormente, pudiéramos resumir que la salud familiar es un proceso único e irreplicable que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, sociopsicológicos, socioculturales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación, donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia.

(Velasco, 2000, p. 372)

La salud familiar es la resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros).

La salud familiar se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia, con una intimidad respetuosa, donde prime el respeto al derecho individual, se potencie la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para asumir los cambios y ajustarse a ellos.

La situación de salud de la familia no es más que la situación concreta de salud que presenta el conjunto de los miembros, donde interviene, el funcionamiento familiar, la estructura, la forma de enfrentamiento a las etapas del ciclo vital, el modo de vida de la familia (factores socioeconómicos, socioculturales, sociopsicológicos, psicosociales), las potencialidades propias de la familia (recursos protectores) y las del

medio (sistema de salud, redes de apoyo). Estos elementos permitirán arribar a la conclusión de la situación específica de salud de la familia que se manifestará en el estado de salud, de riesgo o de daño de la misma.

Otra dificultad no menos compleja es ¿cómo evaluar la salud familiar? Las propias limitaciones existentes en la delimitación del concepto salud familiar crean dificultades metodológicas para su evaluación. Resulta difícil lograr un diagnóstico fidedigno sobre la salud familiar. Se han utilizado como modalidades para la medición, la entrevista familiar, los *tests* de familia que miden la percepción subjetiva de los miembros de la familia, las representaciones gráficas, la observación, los registros, encuestas, etcétera.

Nuestro sistema de salud nos convoca a perfeccionar las técnicas actuales de recogida de información de la salud familiar y elaborar métodos más precisos, viables y apropiados que permitan al Médico de Familia llegar al diagnóstico adecuado de la situación de salud familiar, para lograr una intervención orientada a la prevención en salud.

La salud integral se relaciona con la capacidad de la familia, como sistema, para mantenerse sana, en el sentido que como organismo se liga por reglas de comportamiento entre sus miembros. Existe la posibilidad que las familias con alto índice de disfunción familiar se hayan adaptado y hayan asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales y culturales, psicológicas educativas y los mismos planes trazados, lo que las hace más vulnerable a los procesos de salud y enfermedad. La salud, porque es la que regula y mantiene los procesos de salud-enfermedad tanto en el interior como en el exterior de sí y en relación con otros sistemas. A pesar de que este sistema está condicionado a las pautas sociales y a las políticas de desarrollo, refleja la adaptación del hombre al medio en que se mueve y por ello el proceso salud-enfermedad, está en torno y en función de la familia.

Se plantea la salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades primarias de atención en salud, a fin de aumentar los niveles de protección específica para los riesgos biológicos y psicosociales, con una adecuación y optimización del recurso existente, mediante el sistema de referencia en los casos que así lo ameritan. (Marban, 2007, p. 262)

2.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

- **Abordaje.-** acercarse a alguien para tratar un asunto. Empezar o plantear una estrategia en un asunto que ofrezca dificultades.
- **Adaptación.-** acomodarse, ajustarse a circunstancias, condiciones etc.
- **Alcohol.-** compuesto orgánico que contiene un grupo funcional Hidroxilo (-OH). Sustancia farmacológicamente activa que puede inducir tolerancia y dependencia y que en último grado de su metabolismo se transforma en glucosa.
- **Alcoholemia.-** nivel o cantidad de alcohol en la sangre
- **Alcohólico.-** son aquellas personas que pierden la capacidad de abstenerse de beber alcohol, luego de haber aumentado su tolerancia y haber llegado a la dependencia.
- **Alcoholismo.-** alteración caracterizada por un patrón patológico de uso de alcohol que causa trastornos serios de la función social o profesional. Se le denomina abuso de alcohol o, si existiera tolerancia, abstinencia, o dependencia de alcohol. La definición actual de alcoholismo (definición ecológica) indica que es un estilo de vida de cada uno, de la familia, de la comunidad, fundada erróneamente en la aceptación del beber moderado como un comportamiento no peligroso. El alcoholismo entendido como un estilo de vida se caracteriza por la presencia de la tolerancia y dependencia de la sustancia alcohol y por el desarrollo de problemas relacionados con el mismo a nivel físico, psíquico, y de las relaciones interpersonales y sociales.
- **Atención primaria.-** asistencia que recibe el paciente como primer contacto con el sistema de asistencia sanitaria, que implica por lo general la coordinación de la asistencia y la continuidad en el tiempo.

- **Autoestima.-** percepción propia de las capacidades y valores.
- **Biomédico.-** relativo a enfermedades orgánicas o medicina clínica basada en los principios de las ciencias naturales (biología, biofísica, etc.)
- **Consanguíneo.-** unión por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
- **Dependencia psíquica.-** estado de una persona en la que psicológicamente precisa de dosis habituales o crecientes de un fármaco o una droga.
- **Descriptivo.-** representar por medio del lenguaje personas cosas o situaciones refiriendo o explicando sus distintas partes, cualidades o circunstancias.
- **Disfunción familiar.-** perturbación, dificultad, o anomalía en las relaciones adecuadas y normales de una familia entre sus miembros y con la comunidad.
- **Equilibrio o enfoque ecológico.-** referente a las personas que son modificados por los factores del medio que los rodea. Es un proceso que abarca el uso de alcohol como un proceso único e indivisible. En esta apreciación sus metas y finalidades van más allá del concepto de abstinencia, de enfermedad, de terapia individual grupal o familiar, y se refieren al cambio de ciertas características de nuestras comunicaciones, relaciones, conductas, ideas, costumbres, y tradiciones culturales ligadas al alcohol. Pretende encontrar la manera de impedir que nuestro sistema prolongue el acondicionamiento, protección, facilitación y perpetuación del "consumo normal" de bebidas alcohólicas.
- **Estilo de vida.-** forma de proceder y modo de actuar, es una práctica de vida que acarrea costumbres ancestrales o adquiridas, sean estas satisfactorias o no.
- **Etiología.-** ciencia que trata de las causas de la enfermedad.
- **Facilitador.-** persona hombre o mujer, profesional o no, que sirve y se entrega a la comunidad, haciendo más fácil y posible la ejecución de una cosa o la consecución de un fin. Estimulador de la comunicación e interacción entre los asistentes a las reuniones
- **Factor de riesgo.-** Característica de un grupo de población que presenta mayor incidencia de riesgo de una enfermedad en comparación con otros grupos que presentan menor incidencia.
- **Filiación.-** procedencia de los hijos respecto a los padres.

- **Fisiopatogenia.-** origen de un funcionamiento anómalo
- **Género.-** referente a masculino o femenino.
- **Hipoglicemiante.-** medicamento de origen natural o químico, cuya función es disminuir los niveles de glucosa en la sangre. Es usado generalmente en diabéticos.
- **Inductivo.-** modo de razonar que consiste en sacar de los hechos particulares una conclusión general.
- **Inferir.-** conducir a un resultado. Razonar, partiendo de los hechos particulares llegar a una conclusión general.
- **Intervención.-** acción de mediar, interceder, tomar parte de un asunto.
- **Morbilidad.-** situación o estado de enfermedad.
- **Neuroquímico.-** estudia los cambios químicos del cerebro o sistema nervioso.
- **Patología.-** que indica un estado de enfermedad.
- **Per cápita.-** por persona.
- **Problemas relacionados con el alcohol.-** son las patologías individuales a nivel orgánico, así como los trastornos relacionados con la familia y la comunidad derivados del uso del alcohol. Las patologías se dividen de acuerdo a su duración e intensidad del consumo.
- **Pródromo.-** síntomas o malestar que precede a la enfermedad.
- **Promoción de salud.-** elevación o mejora de las condiciones de salud.
- **Psicopatía.-** trastorno de la mente o de la personalidad.
- **Riesgo.-** Probabilidad de que un grupo de una población específica desarrolle una enfermedad en un periodo dado.
- **Salud pública.-** campo de la medicina que se ocupa de la atención y el mejoramiento de la salud de la comunidad considerada globalmente.
- **Sistémico.-** relativo a órganos o sistemas. Que viaja por el torrente sanguíneo
- **Somático.-** perteneciente o relativo al soma o cuerpo, o característica del mismo.
- **Tabular.-** expresar datos mediante gráficos o tablas.

2.3 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL:

El grupo investigador luego del análisis de la problemática de la disfuncionalidad

familiar cree en el contexto social puesto que el sistema familiar coherente desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de adicción alcohólica de manera que dejando a un lado los factores genéticos estamos convencidos de que los procesos de socialización familiar destacan su importancia, al ser la base de predisponentes tales como las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores y en última instancia las habilidades de comunicación.

La relación entre familia y consumo del alcohol no se limita a la causalidad, hay otra vertiente no menos importante, que se refiere a la trascendencia de esta patología en las interacciones familiares y a las dinámicas de relación disfuncionales que se crean debido a este problema.

Interrogantes.

- ¿Existen factores de riesgo que favorecen el apareamiento de disfunción familiar en los hogares con personas alcohólicas?
- ¿Las personas alcohólicas en las familias ocasionan disfunción familiar?

2.4 BASE LEGAL

Las estadísticas de los estudios realizados en jóvenes de colegios en el Ecuador, revelan que desde 1998 el consumo de drogas ilícitas en el país ha aumentado en un 8,7%.(Consep,2004)

En drogas como el cigarrillo, el estudio estimó que desde 1998 y 2005, es decir en siete años, un 16,4% de personas empezaron a fumar. En cuanto al alcohol, su consumo subió un 17,1%. En tanto, en drogas ilícitas las estadísticas también arrojaron un aumento. No obstante, en 2005 y hasta la fecha (2009) fueron aumentadas al estudio drogas como el crack, el opio, la morfina, drogas vegetales (ayahuasca, hongos, entre otros).

"Conseguir drogas es fácil, se lo puede hacer en fiestas, en la calle, la venden los

pusher (expendedores de droga), se la puede encontrar en cualquier lugar", dijo Silvia Carolla, directora del Observatorio de Drogas.

Esa opinión es apoyada por Franklin Espinoza, jefe de Intervención de la Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (Dinapen) en Pichincha, quien manifestó que aunque la Policía realice operativos, ellos nada pueden hacer sin el apoyo real de los padres y de la comunidad. Añadió que las drogas se consumen dependiendo a los estratos sociales. Como ejemplo puso el consumo de marihuana y cemento de contacto en las clases baja y media baja, por la capacidad adquisitiva de estos colectivos. Y el consumo en clases media y media alta de cocaína, heroína, éxtasis y otras.

Sin embargo, este criterio no fue compartido por Carolla, la cual explicó que eso es relativo. "En el estudio que realizamos, la realidad fue distinta, descubrimos que a jóvenes, de sexo femenino y de colegios particulares les gustaba el cemento de contacto, entonces no podemos generalizar", dijo.

Consumo en cifras

Entre las drogas más ofrecidas en el país están el alcohol y el cigarrillo, con el 20,6%; marihuana, 18,7%; cocaína, con el 6,4%; y, éxtasis, 2,6%, según datos del Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep, 2004).

Según este estudio del Consep, las drogas que se consumen a edad más temprana son los inhalantes, a los 14 años, aproximadamente; las consumidas a edades mayores son los tranquilizantes y estimulantes, su consumo puede empezar a alrededor de los 25 años. La marihuana es la droga ilegal más requerida en el Ecuador y se la consume desde alrededor de los 18 años.

En cuanto al alcohol, el estudio reveló que el 12,7% de jóvenes de 14 años probaron o bebieron alguna vez alcohol y que el 60,7% probó una bebida alcohólica entre los 15 a 19 años.

Así como el alcohol, el cigarrillo también es una droga legal, las estadísticas en cuanto al tabaco arrojan datos diferentes, puesto que un 14,9% de los ecuatorianos lo han probado alguna vez en su vida, la edad promedio en la que se consume son los 18 años de edad, según datos de estudios del Consep.(Consep,2004)

Carolla afirmó que hay una "nueva moda", la del éxtasis. Sin embargo, "a este estupefaciente acceden jóvenes de mejor capacidad adquisitiva", mencionó la experta. Añadió que los jóvenes han aumentado su capacidad adquisitiva, puesto que a raíz de la migración "los muchachos tienen más dinero para gastar".

Expertos opinan:

Espinoza recalcó que para prevenir estos casos de consumo de droga, los padres deben comunicarse con sus hijos y saber "leer" a tiempo las señales que muestran, como son: ojos rojos, comportamiento agresivo, entre otros síntomas que pueden mostrar los adolescentes consumidores de drogas.

"Muchas veces los padres nos hacemos los ciegos ante esta realidad, pero debemos frenarla con la comunicación, estando más cerca de nuestros hijos, porque confundimos este comportamiento con la famosa edad difícil", manifestó.

Para Carolla, la edad no es una de las causas específicas, pero recalcó que puede ser un motivo, porque el niño está en una etapa de transición en la que existe curiosidad.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

CONCEPTO	VARIABLES	INDICADORES	ÍNDICES	SUBÍNDICE
<p>Característica de un grupo de población que presenta mayor incidencia de riesgo de una enfermedad en comparación con otros grupos que presentan mayor incidencia</p> <p>RIESGO: Probabilidad de que un grupo de una población específica desarrolle una enfermedad en un periodo dado.</p>	factores de riesgo	Personales Medioambientales Problemas Problemática conyugal	Emocionales Relaciones paterno/materno filiales	Tipos Comportamiento Actitudes que genera Intervención, colaboración
<p>Establecimiento de conflictos no resueltos que llevan a estados tensionales que afectan el clima y la estructura familiar</p>	disfunción familiar	Consecuencias familiares Consecuencias sociales Consecuencias laborales	Actitudes Personalidad Autoconcepto Valores Habilidades de comunicación	familiares
<p>Situación caracterizada por la presencia de la dependencia del alcohol asociada a problemas físicos, psíquicos y sociales</p>	personas alcohólicas	Fases Repercusiones Crecimiento emocional	De tolerancia De intolerancia Terapias Apoyos Deterioro social Retraimiento personal Pérdida de intereses Reacciones Problemas cognitivos	

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

El estudio se trató de una investigación de tipo descriptivo, en el que se estudió la dinámica familiar en grupos de familias con personas alcohólicas.

Para esta investigación se obtuvo la participación de las familias con miembros alcohólicos que compartieron sus experiencias, actitudes, pensamientos, reflexiones y creencias tal como las sintieron y en su propia terminología interactuando con los investigadores.

Exploratoria porque describimos detalladamente la situación de las familias estudiadas con miembros alcohólicos, para llegar a una comprensión profunda de sus vivencias.

Propositiva porque se dio una propuesta de orientación viable y factible para el grupo estudiado. Por lo tanto fue una investigación integrativa con dos componentes, el primero comprendió una parte diagnóstica y el segundo una solución viable.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

El diseño de la investigación fue No- Experimental, se realizaron descripciones detalladas de los eventos, hechos, personas, acontecimientos y comportamientos que fueron observados en la realidad. Fue de carácter interpretativo de la información obtenida de la vida de las familias con miembros alcohólicos, fue rica en detalles y se hizo énfasis en la profundidad de las entrevistas realizadas para el efecto. Se realizó una aproximación global de las situaciones vividas por estas familias para describirlas y comprenderlas.

Tuvo un corte transversal ya que se llevó a cabo a partir del mes de Enero del 2003 y la realización de entrevistas y ejecución de grupos focales de efectuó en los meses de Enero a Julio del mismo año.

Se utilizó toda la información correspondiente de los miembros alcohólicos y de

los integrantes de sus familias (la unidad de análisis es la familia).

Investigamos durante un período de siete meses; (Enero a Julio 2003). La población en referencia estuvo constituida por 27 familias con miembros alcohólicos (alrededor de 94 personas incluidas las personas alcohólicas), haciéndose un trabajo cualitativo con 24 familias (alrededor de 64 personas) que no tienen problemas de alcoholismo.

3.3 VARIABLES

Para la investigación se utilizó tres variables que enunciamos a continuación:

- **Factores de riesgo:** entendiéndose como la característica de un grupo de población que presenta mayor incidencia de riesgo de una enfermedad en comparación con otros grupos que presentan menor incidencia.
- **Disfunción familiar:** Es la perturbación, dificultad o anomalía en las relaciones adecuadas y normales de una familia entre sus miembros y con la comunidad.
- **Personas alcohólicas:** Son aquellas personas que tienen una alteración caracterizada por un patrón patológico de uso de alcohol y que causa serios trastornos en su función personal o social.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

En el barrio Comité del Pueblo N° 1 trabajamos con 9 familias con alcoholismo y 8 familias sin alcoholismo; en la Ciudadela Jaime Roldós Aguilera se trabajó con 9 familias con personas alcohólicas y 8 familias sin este problema; y en el barrio Argelia Alta se trabajó con 9 familias con alcoholismo y 8 familias sin este problema.

Tabla 1: Unidades de Análisis

Barrios	Familias		Total personas
	Con alcoholismo	Sin alcoholismo	
Comité del Pueblo Nro.1	9	8	45
Jaime Roldós	9	8	53
Argelia Alta	9	8	60

Se seleccionó a esta población porque según el Municipio de Quito, es uno de los estratos que más organización comunitaria tiene y por ser un estrato prioritario para los programas de prevención de alcoholismo, violencia intrafamiliar y promoción de convivencia pacífica.

En este estrato se ubica el 34% de la población urbana del Distrito Metropolitano de Quito.

3.5 MÉTODOS

La presente investigación se desarrolló en varias fases o etapas:

La primera fase se realizó a través de la planificación de las actividades necesarias para dar cumplimiento de la investigación. Se eligió la documentación que conformó el marco conceptual para definir las variables a investigar.

En esta fase, se realizó un estudio cualitativo, en el que se utilizó el APGAR familiar, según técnica de Smilkstein, para evaluar el grado de funcionamiento familiar.

Se diseñó una segunda fase, mediante investigación de campo, con un grupo control, en el que se compararon un grupo de familias con disfunción familiar y un grupo de familias sin este problema.

Todos los instrumentos y la entrevista personal se realizaron por lo menos con dos de los miembros adultos, para garantizar consistencia en la información suministrada. La unidad de muestreo y análisis en esta segunda fase de investigación fue igualmente la familia.

Se dieron las explicaciones correspondientes sobre la investigación que se llevó a cabo, solicitando la colaboración de los asistentes y se contestaron sus inquietudes. Indicando además que es un proyecto de investigación familiar.

Las respuestas son secretas y confidenciales y no les compromete en nada. El ingreso a las reuniones se da únicamente por decisión de la persona y de la familia; no existen criterios de exclusión, los datos los recopilamos durante siete meses.

En la tercera fase se utilizó el método inductivo para inferir y razonar que partiendo de hechos particulares, llegar a una conclusión general, refiriéndonos al análisis, interpretación e integración de los resultados.

3.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica de **observación** participación e investigación de las familias nos permite dar fe de cómo están las familias.

Mediante los formatos indicados de recolección de datos hemos obtenido información sobre las características de la población, tipología, estructura, funcionalidad familiar, vínculos intrafamiliares, y las relaciones con el entorno barrial.

Las entrevistas a las unidades de observación, sirvieron para obtener información que posibilitaron detectar los efectos del alcohol en la relación intrafamiliar y las posibilidades de proponer alternativas de solución a los mismos.

El Internet nos permitió ampliar el conocimiento sobre abordaje de familias con problemas alcohólicos y además los paquetes informáticos utilizados para este estudio ayudaron para el procesamiento de la información.

3.7 INSTRUMENTOS

En lo que se refiere a los instrumentos, hemos utilizado una guía preparada por los investigadores. Las encuestas se aplicaron a los padres y madres de familia,

miembros alcohólicos y no alcohólicos y familiares que asisten a estas reuniones y que sirvieron para obtener información referente a alcoholismo, disfunción familiar y factores de riesgo.

Para determinar la población en riesgo de alcoholismo se aplicó el TEST de CAGE (Anexo 1), que es un cuestionario compuesto por cuatro preguntas, fácil de aplicar, sencillo y confiable. Dos respuestas positivas son indicadoras de alcoholismo, en adolescentes una respuesta positiva es indicador de que hay probabilidades de presentar problemas con el alcohol. El test de CAGE es un test universal que valora la posibilidad de que una persona esté en riesgo de ser alcohólico, y consta de cuatro preguntas:

C (cut down = disminuir) : ¿Sintió alguna vez ganas de disminuir la bebida?

A (annoyed = molesto) : ¿Lo han criticado o molestado porque toma?

G (guilt = culpa) : ¿Se siente culpable porque toma mucho?

E (eye opening=al despertar) : ¿Toma algunas veces algo por la mañana para sentirse mejor?

La sensibilidad del test de CAGE para el diagnóstico de alcoholismo es del 80%.

Se interrogó también a los miembros de las familias, y la importancia de ello radica en que aportan datos claves para realizar el diagnóstico.

Se aplicó también el **Test de CAGE indirecto**, que es muy útil cuando hay sospechas diagnósticas, consiste en aplicar el mismo test de CAGE pero a uno o varios familiares que contestaron sobre su pariente, en el que hay sospechas de alcoholismo. Algunos autores consideran que el CAGE indirecto tiene una sensibilidad más alta.

Se investigó posteriormente a través de un test de 16 preguntas (Anexo 2) que incluyen ítems sobre escolaridad familiar, tipos de familias, agresividad, violencia verbal o física, alcoholismo con familias vecinas, apoyo institucional, problemas económicos, considerando esto en consenso como factores de riesgo de

disfuncionalidad; muchos de ellos propuestos por los asistentes; estos son los más comunes, los que más perciben estas familias y que podrían estar favoreciendo el apareamiento de disfuncionalidad por la ingesta de alcohol en la familia.

Previa concertación y motivación sobre la investigación, se dió la orientación sobre su llenado completo. No hubo dificultad para su llenado.

También aplicamos el **TEST DE APGAR FAMILIAR** (Anexo 3), que es un instrumento que mediante un sistema de puntuación, los miembros de la familia son valorados en cinco funciones familiares que nos permiten identificar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

El test de APGAR familiar (creado por Gabriel Smilkstein en 1978) es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de las familias en riesgo. Es un test que es entendido fácilmente por las personas, se utiliza en personas con distintos estratos socio-económicos o culturales, además es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes del funcionamiento familiar.

Sus parámetros se realizan en base a como los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y manifiestan el grado de satisfacción o de insatisfacción en una familia.

APGAR evalúa cinco parámetros: A: Adaptación, P: Participación, G: Ganancia, A: Afecto, R: Recursos.

En el instrumento se dan cinco posibles respuestas en cada parámetro con una puntuación que va de 0 a 4 puntos; al sumar los cinco parámetros tenemos un rango que va de 0 a 28 puntos así:

Tabla 2: Parámetros de Medida

Funcionalidad familiar	Puntos
Buen funcionamiento familiar	24 a 28
Disfunción familiar leve	18 a 23
Disfunción familiar moderada	12 a 17
Disfunción familiar severa	11 o menos

3.8 ESTRATEGIAS

Utilizamos como estrategia la investigación descriptiva pues esta procura brindar una buena percepción de la disfuncionalidad familiar en relación a la presencia del miembro alcohólico, permitiendo así el análisis de las variables motivo de nuestro estudio, identificando los problemas de comunicación familiar.

El estudio descriptivo nos ha permitido llegar a conclusiones generales que dan cuenta de los hechos observados.

Nuestro trabajo parte de preguntas de investigación que actúan como herramientas orientadoras de todo el proceso investigativo y de redacción del informe.

3.9 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

El procedimiento de investigación bibliográfica se la realizó a través de la búsqueda de información en libros, material impreso e internet.

Para dirigir convenientemente la investigación fue necesario determinar los objetivos de la investigación; hacer un inventario de la bibliografía existente sobre el tema a la cual se puede tener acceso, señalando los aspectos básicos a investigar; se organizó los datos recabados y finalmente se elaboró una síntesis señalando los aspectos esenciales que fueron estudiados.

3.10 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO

El procedimiento de investigación de campo se realizó a través de las técnicas de observación; se llevó un diario de registro de los hechos. Igualmente a través de la entrevista estructurada a los informantes se obtuvo respuestas a las preguntas abiertas, las cuales fueron sometidas a un proceso de análisis e interpretación.

3.11 PROCEDIMIENTO DE LA PROPUESTA

El procedimiento de la propuesta se realizó haciendo énfasis en el problema estudiado, definiéndolo de manera clara y sucinta, identificando y explicando el contexto teórico de estudio. Se realizó la delimitación del área específica a investigar, se identificó con claridad las variables del estudio y el método específico a utilizar. Se observó las unidades de análisis de estudio.

Finalmente se describió la propuesta mediante la formulación de la intervención en la disfunción familiar, basándose en la intervención personal y familiar en hogares con miembros alcohólicos.

3.12. VALOR PRÁCTICO DEL ESTUDIO

La familia como conglomerado social constituye un grupo primario de fundamental importancia en nuestra sociedad. Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.

Nuestro trabajo ha permitido, por la frecuencia y complejidad de alcoholismo y disfunción familiar precisar el diagnóstico y ejecutar acciones integradoras en la orientación de estas familias y en los sitios vulnerables motivo de nuestro estudio

3.13. TRASCENDENCIA CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre el organismo son ampliamente conocidos, y son, posiblemente el motivo desencadenante por el que las personas alcohólicas terminan presentando graves consecuencias familiares, sociales y laborales que en la mayor parte de las ocasiones resultan devastadoras.

En este sentido, la familia como contexto socializador primario del individuo, es el elemento central más importante tanto a nivel preventivo como de intervención en estos problemas.

Se ha comprobado que el sistema familia desempeña un papel importante en la conducta humana, pudiendo afirmar que los procesos de socialización familiar destacan su importancia al ser la base de predisponentes tales como las actitudes, la personalidad, los valores y la conducta.

La relación entre familia y consumo de alcohol no se limita a la causalidad ya establecida sino que se refiere también a la trascendencia de la disfuncionalidad en las interacciones familiares y las dinámicas de relación que se han creado debido a este problema.

CAPITULO IV.

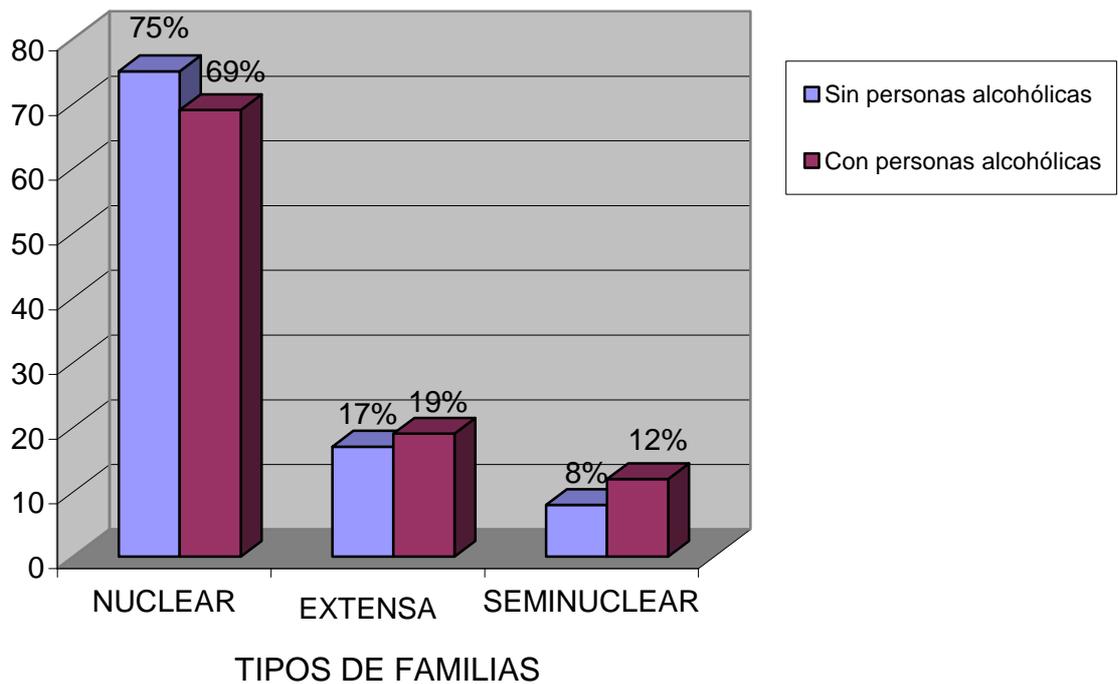
4. PROCESAMIENTO, ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS.

4.1 PRESENTACIÓN DE DATOS

Del total de 51 familias estudiadas; 27 familias fueron del grupo con miembros alcohólicos; y 24 familias fueron del grupo de control sin personas alcohólicas.

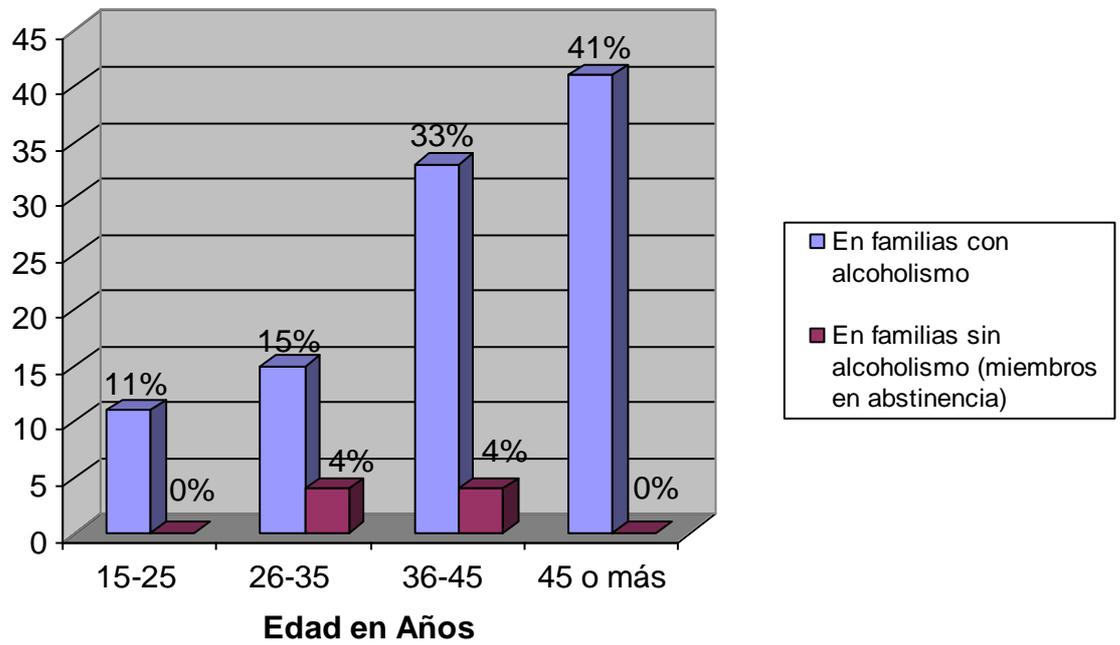
Las madres tenían en promedio 34.2 años (entre 23 y 52 años), los padres tenían un promedio algo mayor (36.7 años) y una mayor variabilidad (entre 23 y 68 años).

GRÁFICO 1
TIPOS DE FAMILIAS



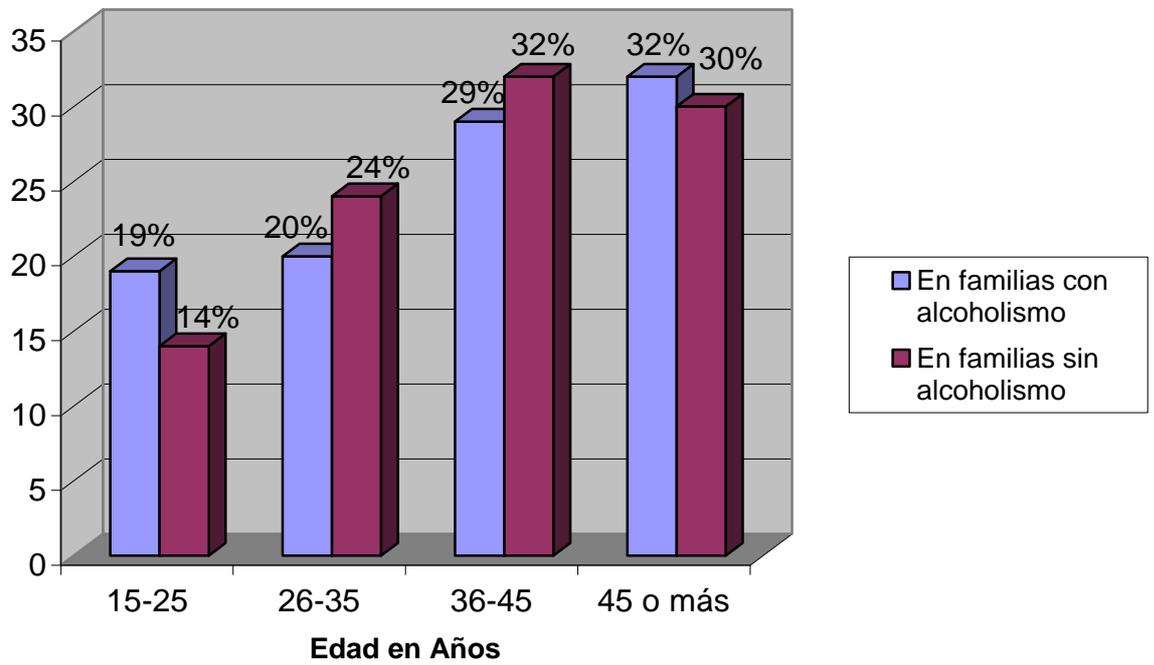
FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS MIEMBROS ALCOHÓLICOS



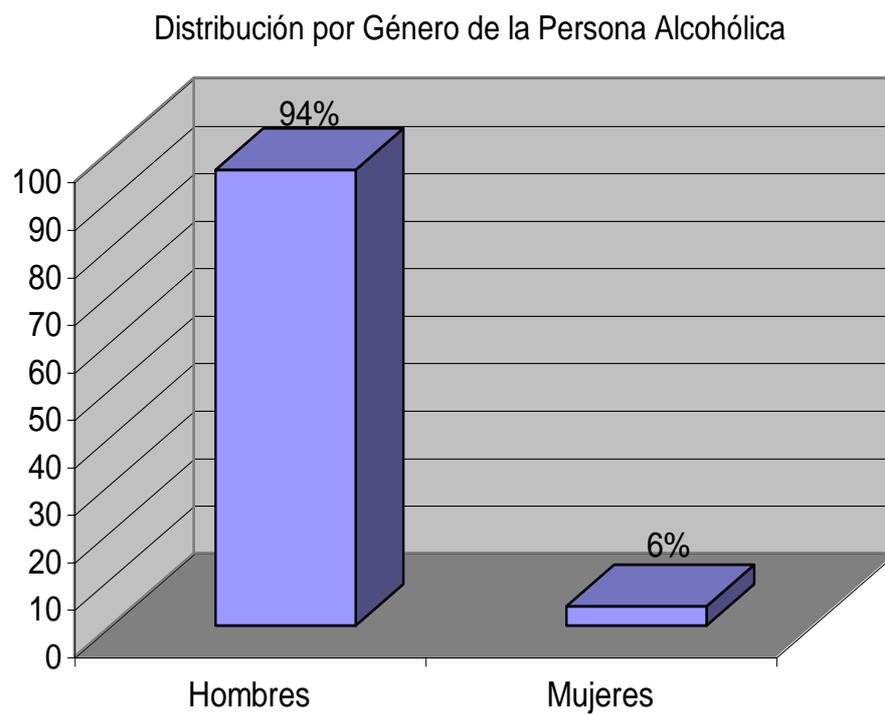
FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 3
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS MIEMBROS FAMILIARES QUE
ACUDEN A REUNIONES BARRIALES



FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

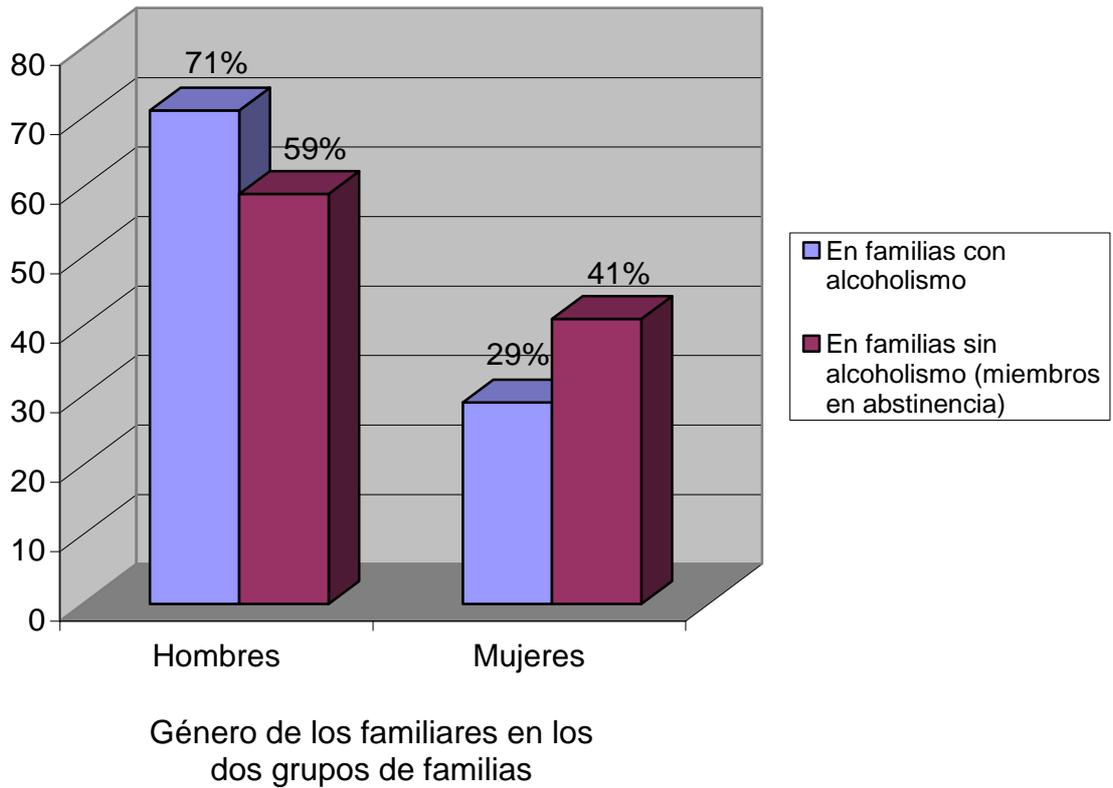
GRÁFICO 4
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LA PERSONA ALCOHÓLICA



FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 5

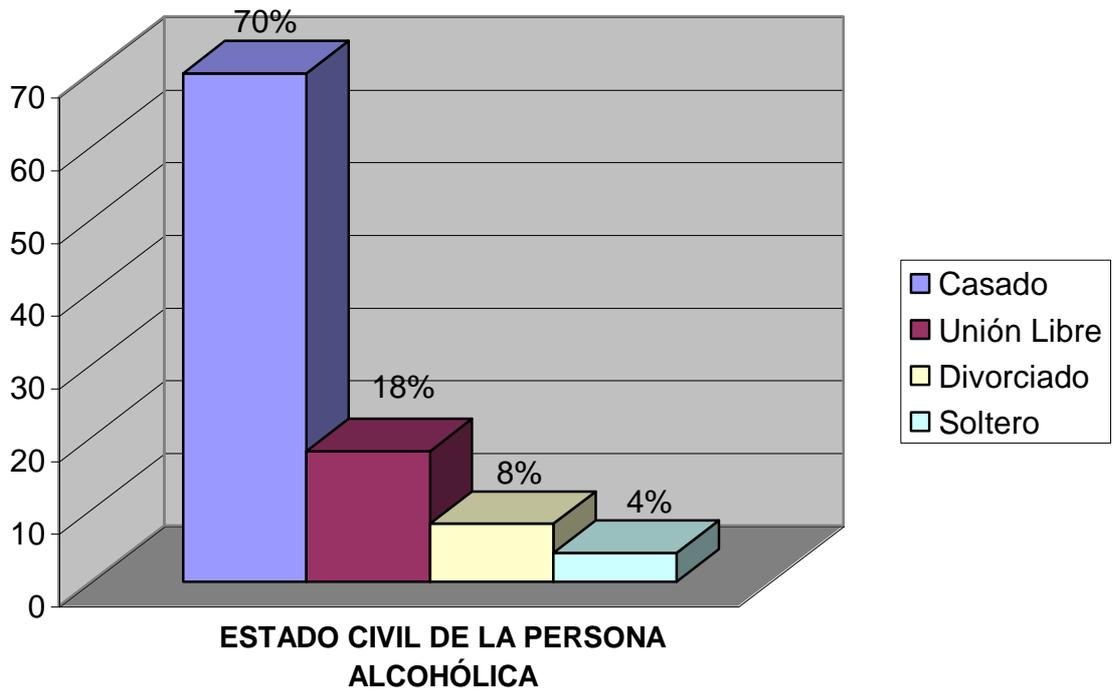
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS MIEMBROS FAMILIARES QUE ACUDEN A LAS REUNIONES BARRIALES



FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 6

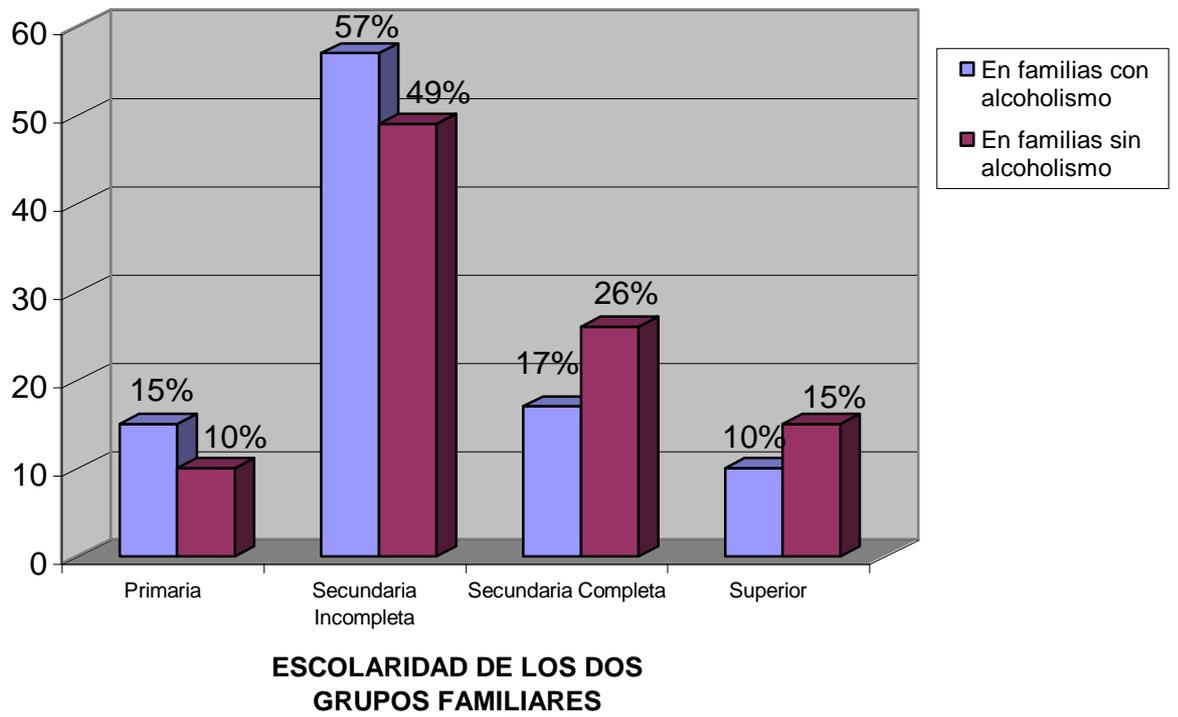
ESTADO CIVIL DE LA PERSONA ALCOHÓLICA



FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 7

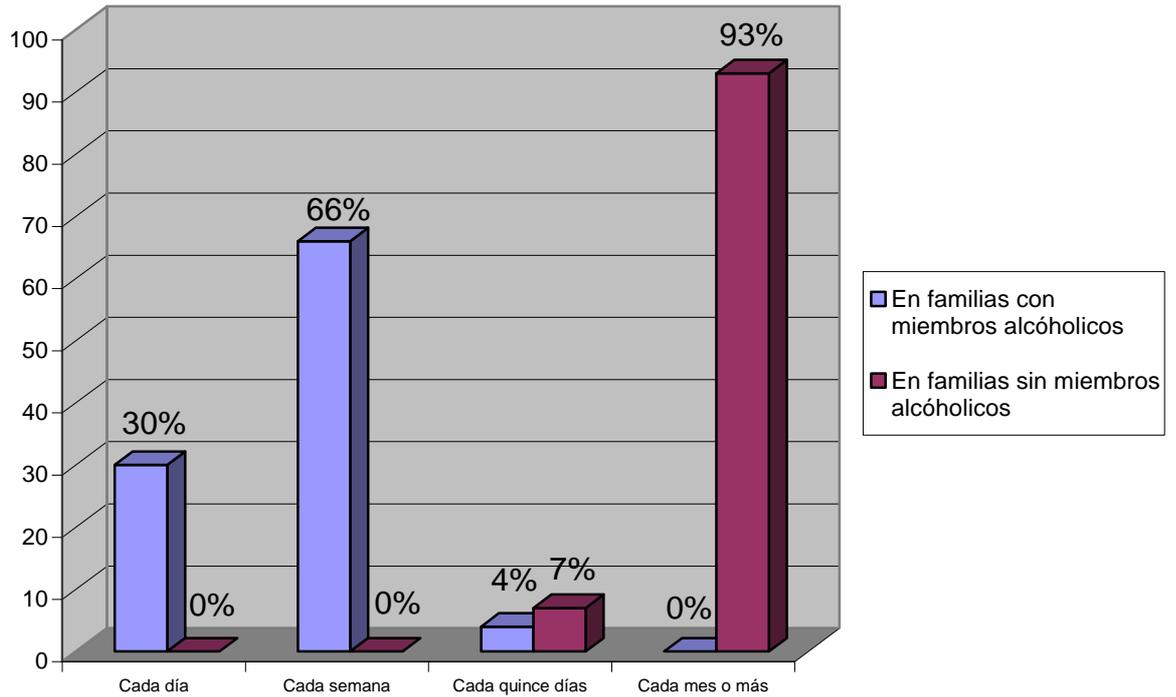
NIVEL DE EDUCACIÓN EN LOS DOS GRUPOS FAMILIARES



FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 8

FRECUENCIA DE INGESTA DE ALCOHOL

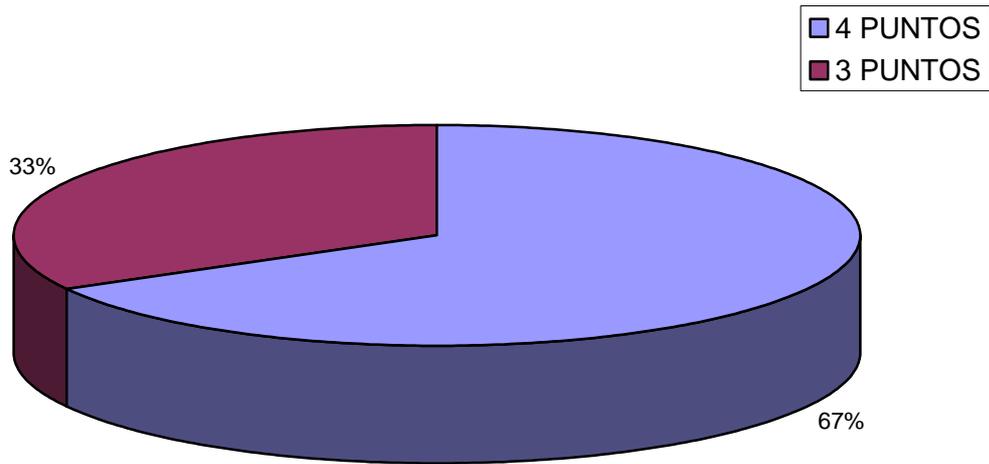


Frecuencia de Ingesta de Alcohol en los dos Grupos Familiares

FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 9

TEST DE CAGE EN PERSONAS CON ALCOHOLISMO

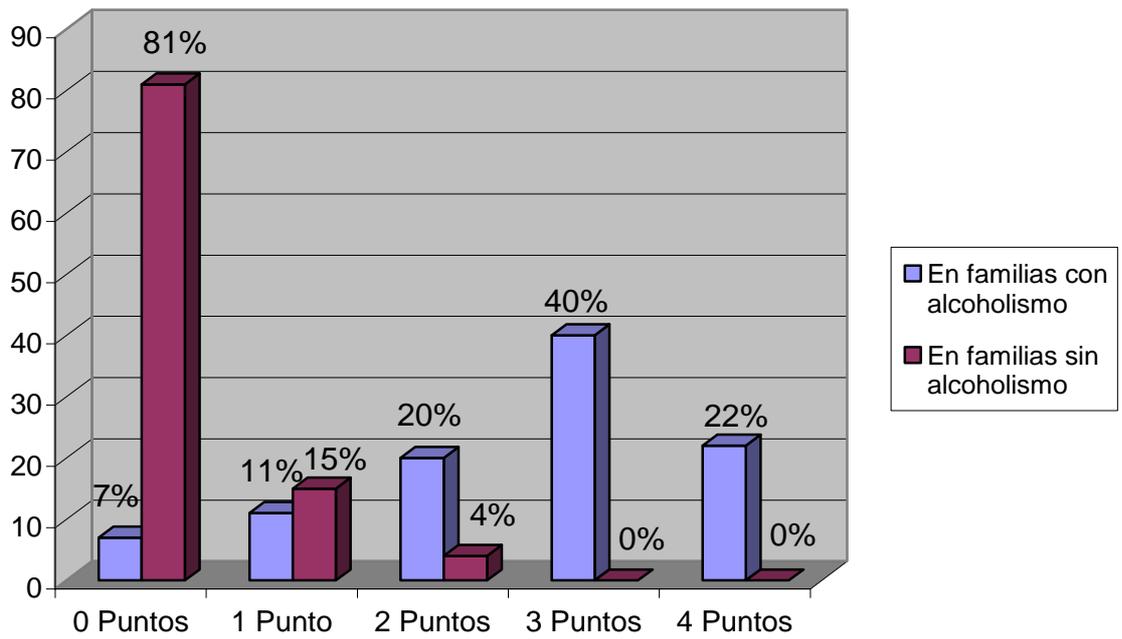


PORCENTAJE SEGÚN PUNTUACIÓN DEL
TEST DE CAGE A PERSONAS CON
ALCOHOLISMO

FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 10

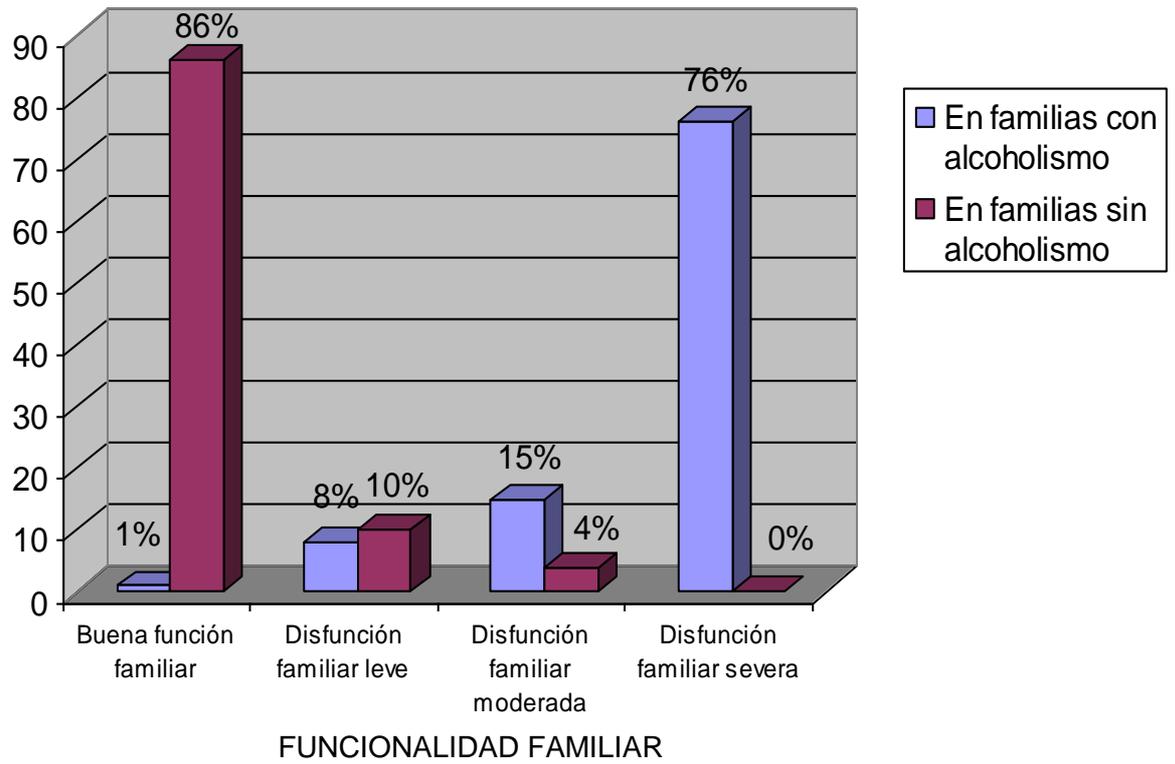
TEST DE CAGE (RIESGO DE ALCOHOLISMO) A LOS MIEMBROS FAMILIARES



Puntaje en Test de CAGE en riesgo de alcoholismo de los dos grupos familiares

FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

GRÁFICO 11
TEST DE APGAR FAMILIAR
(FUNCIONAMIENTO SISTÉMICO Y FAMILIAS EN RIESGO)



FUENTE: PAZMIÑO-REYES 2003

**DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EVALUADOS PARA
EL APARECIMIENTO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR**

**Tabla 3: Factores de riesgo que contribuyen al aparecimiento de
Disfuncionalidad Familiar en hogares con miembros alcohólicos**

Orden	Factor de riesgo	En familias con alcoholismo		En familias sin alcoholismo	
		SI %	NO %	SI %	NO %
1	Violencia entre esposos.	96	4	5	95
2	Violencia entre padres e hijos.	96	4	3	97
3	Disminución de afecto de padres a hijos y de hijos a padres.	94	6	1	99
4	Sentir a la familia débil.	94	6	2	98
5	Palpar que haya o no disfunción familiar.	10	90	96	4
6	Mayor consumo de alcohol.	89	11	2	98
7	Violencia entre familiares.	85	15	1	99
8	Apoyo institucional.	25	75	25	75
9	Dificultades económicas.	89	11	64	36
10	Alcoholismo con familias vecinas.	51	49	0	100
11	Mala relación entre hermanos.	50	50	1	99
12	Abandono de la casa de algún familiar.	11	89	0	100
13	Abandono del padre o la madre.	7	97	0	100

Fuente: Grupo investigador. 2003

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- En los tipos de familia (Gráfico 1), se evidencia:
El 75% de las familias sin alcoholismo eran del tipo nuclear; el 8% eran desintegradas o seminucleares (falta de alguno de los padres o vive ocasionalmente con su familia).
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos; que podrían indicar que tiene importancia vital la calidad del vínculo entre el padre y la madre y de estos con sus hijos en la aparición de alcoholismo en las familias.
Llama la atención que el alcoholismo se presentó con mayor frecuencia en **familias nucleares** 69%; y extensas el 19%, mientras que en familias seminucleares el alcoholismo se dio en el 12%.
- En relación a la distribución por edad de los miembros alcohólicos (Gráfico 2),
La edad de las personas alcohólicas en familias con alcoholismo demostró que existe variabilidad, desde los 15 a 65 años. En el presente estudio observamos que la mayor cantidad de ellos está en adultos entre 36 y 45 años (33%); y mayores de 45 años (41%). Mientras que en las familias sin alcoholismo el 4% de los investigados estaba entre 36 y 45 años, el mismo porcentaje se presentó en grupo de 26 – 35 años.
- La distribución por edad de los miembros familiares que acuden a reuniones barriales (Gráfico 3) El mayor porcentaje de asistencia a las reuniones barriales de miembros de familias con alcoholismo está en las edades de 45 años o más y su porcentaje es del 32%; por su parte los miembros de familias sin alcoholismo que acuden a reuniones está en las edades comprendidas entre 36 – 45 años y su porcentaje es del 32%. Sin embargo se debe dejar de reconocer la presencia numerosa de personas jóvenes en estos proyectos.

- La distribución por género de la persona alcohólica (Gráfico 4) nos muestra resultados concluyentes: el 94% son hombres y el 6% son mujeres.
- La distribución por género de los miembros familiares que acuden a las reuniones barriales (Gráfico 5), demostró algunas diferencias. En familias con alcoholismo acuden en su mayoría hombres (71%); y mujeres el (29%). Mientras que en las familias sin alcoholismo los porcentajes se acercan: (59%) hombres y (41 %) mujeres. En todo caso observamos que en ambos grupos familiares los hombres son los que mayor asistencia y participación tienen.
- El estado civil de la persona alcohólica (Gráfico 6). El 70% de las personas alcohólicas son casadas y solamente el 4% son solteras. Lo que significa que las personas alcohólicas son miembros de familias nucleares.
- El nivel de educación en los dos grupos familiares (Gráfico 7): En el grupo de las familias con alcoholismo el 15% ha llegado a la primaria y 57% ha tenido secundaria incompleta; en cambio en los grupos familiares sin alcoholismo el nivel mas bajo de escolaridad presenta un 10% en educación primaria y el mas alto es de 49% en secundaria incompleta; dando una relación indirecta a mayor nivel de escolaridad menor alcoholismo.
- La frecuencia de ingesta de alcohol (Gráfico 8), del miembro alcohólico, es dramática. El 30% lo hace cada día y el 66% cada semana. Mientras que en familias sin alcoholismo, la ingesta se hace cada 15 días (7%); y cada mes o más (93%). (Gráfico 9). La ingesta ocasional de alcohol en estas familias se caracteriza por hacerlo con moderación y control.

- El Test de Cage en personas con alcoholismo (Gráfico 9). Al valorar el riesgo de alcoholismo mediante el TEST DE CAGE a las personas sospechosas de ser alcohólicas, en familias con alcoholismo; respondieron positivamente a 3 preguntas el 33%; y positivamente a 4 preguntas el 67%. (4 es el mayor puntaje, y con ello mayor evidencia de alcoholismo). Esto nos demuestra que a las personas investigadas por presentar alcoholismo; respondieron todas (100%) positivamente, confirmando su condición.
- El Test de Cage (riesgo de alcoholismo) a los miembros familiares. (Gráfico 10). Se valoró el riesgo de alcoholismo a través del test de CAGE indirecto a miembros de familias con alcoholismo; demostrándose que el 20% responde positivamente con 2 puntos; 40% con 3 puntos; y 22% con 4 puntos. Datos preocupantes por cuanto en estas familias existe un 81% de posibles nuevos casos de alcoholismo, por lo que debemos trabajar para que estas familias en riesgo no terminen siendo alcohólicas. Mientras que el test de CAGE indirecto, al aplicarlo en familias sin alcoholismo, demuestra que el 96% de ellos no presenta riesgo de alcoholismo a futuro.
- El Test de Apgar familiar (funcionamiento sistémico y familias en riesgo) (Gráfico 11). La funcionalidad familiar medida por el test de APGAR, reportó que en las familias con alcoholismo el 99% son familias disfuncionales, el 76% presentan disfunción familiar severa; 15% disfunción familiar moderada, y 8% disfunción familiar leve. Mientras que en las familias sin alcoholismo existe buena funcionalidad familiar en el 86%; disfunción familiar leve el 10%; y disfunción familiar moderada el 4%. Los datos confirman que el alcoholismo lleva a disfunción familiar, condición ésta que es desventajosa para el desarrollo social de sus miembros.
- La distribución de los factores de riesgo evaluados para el apareamiento de disfunción familiar (Tabla 3: factores de riesgo que contribuyen al apareamiento de disfuncionalidad familiar en hogares con miembros alcohólicos)

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Son diversos los factores que pueden influir en la decisión de una persona para consumir alcohol. Las actitudes, valores, recursos y sanciones, varían según el tipo de familia, sexo y ambiente social. Para comprender la persona en su conjunto hay que valorar todos estos factores.

Las diferentes combinaciones de estos elementos pueden hacer a esta persona más susceptible al abuso e interferir en su recuperación. En la prevalencia de consumo de alcohol, existen diferencias de sexo pero se necesitan más estudios para determinar la diferente influencia de los motivos biológicos y socioculturales de este hecho.

Existen fuertes factores socioculturales relacionados con el sexo y la educación que ayudan a dibujar los patrones de consumo de alcohol. En la sociedad, el alcoholismo femenino está mucho menos aceptado, motivo por el que este problema suele ocultarse a pesar de haber aumentado en la última década.

Las mujeres tienden a negar sus problemas con la bebida incluso más que los varones. La capacidad de beber grandes cantidades de alcohol se considera muy normal. Finalmente los factores socioculturales influyen en el consumo, abuso y tratamiento del alcoholismo, en áreas deprimidas económicamente existen múltiples crisis sociales que pueden contribuir a aumentar el riesgo de abuso de alcohol. Las oportunidades laborales son escasas y mal remuneradas, y el acceso a una vivienda digna y barata es muy difícil. A veces los programas sociales favorecen sin querer el desarrollo de familias monoparentales; el porcentaje de fracaso escolar en los barrios deprimidos es alto y les resulta muy difícil acceder a la educación superior.

Vivir en zonas dominadas por estos problemas junto a un menor acceso a los servicios sanitarios y la existencia de violencia favorecen la vulnerabilidad a buscar una escapatoria y algunas personas encuentran esto en el alcohol.

Sin embargo, la mayoría de la gente que vive en estas circunstancias no es adicta lo cual apoya mucho más el hecho de que son muchos los factores que inciden en los patrones de consumo y no solo el entorno social.

4.4 CONTRASTACION DE PREGUNTAS Y RESULTADOS.

- ¿Existen factores de riesgo que favorecen el apareamiento de disfunción familiar en los hogares de personas alcohólicas?

Los factores de riesgo analizados para el apareamiento de disfunción familiar; nos muestran que en familias con alcoholismo; la violencia verbal y física, está presente en el 96%, mientras que en familias sin alcoholismo se presenta solo en el 5%. La disminución de afectividad entre padres; de padres a hijos y de hijos a padres, se presentó en el 94% en familias con alcoholismo y en 1% en familias sin este problema.

El palpar debilidad familiar; se dio en 94% en familias con alcoholismo, y en familias sin alcoholismo el 2% sienten a su familia así.

El alcoholismo con familias vecinas; se presentó en el 51%, en familias con miembros alcohólicos; mientras en familias sin alcoholismo no existe este problema.

El no percibir que haya disfuncionalidad por parte de sus miembros en las familias con alcoholismo se presentó en el 90% de ellas; es un dato preocupante por cuanto hace que la ayuda o el soporte se retrase para su intervención y rehabilitación.

Uno de los hallazgos más destacados es la precariedad del vínculo entre los miembros familiares y una escasa red de apoyo social; una dificultad socioeconómica de las familias, (la pobreza sería un factor de riesgo relacionado con la violencia, alcoholismo y disfunción familiar); son familias expuestas a la violencia y al maltrato como testigo o víctima de la misma, en la cotidianidad de las relaciones familiares. En algunos casos, los rasgos de disfuncionalidad parecen relacionarse con demandas excesivas sobre el rendimiento escolar, laboral, y el acogimiento de las normas de disciplina.

- ¿Las persona alcohólicas en las familias ocasionan disfunción familiar?

En las familias sin alcoholismo hemos observado que los vínculos son más

estables y estrechos, hay seguridad, afecto y un acompañamiento más cercano entre sus miembros. Los padres permanecen más tiempo con los hijos y existe una supervisión más rigurosa de los mismos. La presencia de un alcohólico genera o dificulta las relaciones interpersonales, favorece la aparición de crisis importantes en el medio social, con frecuentes crisis de desintegración familiar, problemas económicos, laborales y sociales. Existe una relación causal directa entre el consumo excesivo de alcohol y disfunción familiar, que puede generar desajustes familiares así como la desintegración y degradación. Las actitudes que adoptan los integrantes de estas familias ante la conducta alcohólica de alguno de sus componentes generalmente influyen de modo decisivo en la evolución del propio enfermo pues la familia constituye un sistema de relaciones entre los miembros y cualquier alteración en su dinámica tiende a afectar en su equilibrio.

CONCLUSIONES

- Existen conflictos graves en la relación de pareja en la mayoría de familias con alcoholismo en los barrios investigados, esto indica que la relación de pareja es disfuncional.
- La violencia verbal y física generalmente de la persona alcohólica, más la disminución de las relaciones afectivas entre esposos y entre padres e hijos, fue el hallazgo más frecuente, siendo los principales factores de riesgo encontrados.
- Las reacciones agresivas sobre la familia son una de las consecuencias más llamativas de la adicción al alcohol por parte de uno de sus miembros. El maltrato y la violencia muy frecuentes en nuestro medio, dada su naturaleza y repercusiones sociales que tiene en los niños, los jóvenes, y en su familia no es reportado ni enfrentado adecuadamente por parte de las víctimas, lo cual genera diversas secuelas en el comportamiento.
- Los miembros de las familias investigadas no siempre están conscientes de la magnitud del problema ocasionado por la disfunción familiar produciéndose el debilitamiento de las relaciones entre sus miembros, no se dan cuenta que el problema existe.
- Es necesario entonces, fortalecer a la familia en todos sus aspectos de manera que ésta pueda ejercer su labor como célula de la sociedad en la formación, educación y fortalecimiento de sus miembros, de manera que tengamos niños, niñas y adolescentes sanos; física, psíquica, social y espiritualmente para que la futura sociedad ecuatoriana contribuya a disminuir la transmisión intergeneracional de alcoholismo y violencia.

RECOMENDACIONES

- Continuar en forma permanente un proceso formativo integral de los facilitadores para trabajar en los barrios, propiciando un diálogo abierto y franco entre las familias en conflicto y los facilitadores para unir esfuerzos preventivos destinados a reducir la disfuncionalidad por efectos del alcoholismo en el ámbito familiar y su repercusión en los hijos.
- A partir del conocimiento de la disfunción familiar y de los factores de riesgo que contribuyen a su presentación, se está promocionando la funcionalidad familiar, promover el buen trato, y prevenir violencia intrafamiliar y maltrato infantil.
- Es necesario hacer conocer a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar que existen organismos estatales de protección dispuestos a brindar atención y seguimiento oportuno a las víctimas de la disfuncionalidad familiar, para evitar secuelas inmediatas y a largo plazo.
- Concienciar a las familias sobre la magnitud y repercusiones de la disfunción familiar que afectan al normal desenvolvimiento personal y social, lo que permitirá desarrollar un estilo de vida familiar sobrio y en armonía, que ayude a las personas tomar decisiones con responsabilidad.
- Promover cambios de actitud y de estilo de vida, fomentar el vínculo afectivo entre padres e hijos y la divulgación de los derechos de los niños, mujeres y familia constituyen las más importantes estrategias para el logro de una convivencia pacífica y en armonía.

CAPÍTULO V. SOLUCION VIABLE Y PERTINENTE.

6.1. TÍTULO

- **GUÍA DE INTERVENCIÓN EN DISFUNCIÓN FAMILIAR**

6.2. JUSTIFICACIÓN:

La investigación social en nuestro medio se ha caracterizado por ser una indagación contemplativa; es decir, meramente diagnóstica. Desde un enfoque propositivo se ha elaborado una propuesta de solución al problema investigado. Este documento permitirá fortalecer a las familias disfuncionales en los barrios de Quito, específicamente en los investigados. Los logros de los sistemas de salud llevan implícitos cambios en la promoción en salud, necesarios para dar una respuesta adecuada a los nuevos requerimientos del sector.

Por lo tanto, uno de los objetivos de este documento es potenciar programas de abordaje y prevención de la disfunción familiar que se han detectado en la investigación.

La intervención familiar se la realiza con la intención de cambiar al alcohólico o potencial alcohólico y al propio modelo de comportamiento que tiende a ser inicialmente aceptado y tolerado dentro de la familia, hasta que aparezca disfunción familiar que puede llegar a ser severa.

La disfunción familiar causada por el alcoholismo es un disturbio familiar y social, lo que significa que no interesa al individuo en particular, sino que tiene relación con todo el sistema en el que el individuo se relaciona.

Lo importante es tomar conciencia de adquirir la correcta capacidad para guiarse en forma apropiada.

6.3. FUNDAMENTACION

Bases Conceptuales

Desde hace años, se esta constatando que la Atención Primaria (AP) con características determinadas, tiene un importante impacto positivo sobre los resultados del sistema sanitario al ser el primer contacto de la población con este sistema, conlleva una atención más apropiada y produce mejores resultados de salud ocasionando disminución en los costos totales.

Es evidente que al preparar personal para el abordaje de los problemas más frecuentes estamos garantizando el manejo adecuado al 80% o más de los problemas que padecen los individuos, las familias y la comunidad.

Es vital para la elevación sostenida del estado de salud de las poblaciones, incorporar el enfoque educativo y preventivo en el modo de actuación profesional con vistas a trabajar hacia modos y estilos de vida saludables a la población, al actuar con la familia y la comunidad, este profesional tiene que aplicar el método científico a través de la adecuada utilización del método clínico, del método epidemiológico y social, es decir tiene en cuenta al individuo inserto en su medio familiar y comunitario. Esto quiere decir que no solo evalúa al enfermo sino que contempla a la persona sana, al que esta en riesgo, al enfermo y al que presenta secuelas.

De esta manera privilegia la actuación en el sentido de hacer salud en la prevención, en la promoción, en la educación y en trabajar con la familia en el seno de una comunidad determinada.

Atención a las personas:

La salud familiar es fundamentalmente prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, haciendo un uso adecuado de la tecnología disponible. La atención se hace desde una perspectiva que integre

los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad.

En cada contacto con la persona, se considerará la oportunidad de realizar acciones de prevención y promoción de la salud cuya eficacia y efectividad este basada en pruebas, a la vez que lleva a cabo las actividades de recuperación y/o rehabilitación pertinentes al problema de la persona que consulta.

Un área especialmente sensible para el trabajo en atención primaria, es la capacidad de escucha y empatía que se pueda desarrollar en el contacto con las personas.

Atención a la familia:

Se tiene en cuenta a cada familia como una unidad que debe ser analizada en su composición y funcionalidad, y que actúa a dos niveles sobre las personas, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud.

Atención a la comunidad:

Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, se debe intervenir sobre los determinantes de la salud de las personas que están en contextos diferentes al sistema sanitario, es decir, el medio físico y social.

Con estos fines, se debe considerar a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que existen en la misma, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios, y captando activamente a los sujetos vulnerables para garantizar su accesibilidad a la atención sanitaria. Esto implica responsabilizarse de la salud del conjunto de la comunidad, con independencia de que las personas soliciten o no atención médica.

Recursos:

Se considera al recurso humano como el elemento imprescindible dentro de la aplicación de la presente propuesta.

Dada la cantidad de familias con problemas relacionados con el alcohol y disfuncionales se requiere que las mismas tengan un soporte prolongado y no discontinuar el trabajo.

6.4. IMPORTANCIA

Se debe concienciar la importancia de un proyecto de vida realizable, y así promover el crecimiento y poder elaborar una mejor calidad de vida.

El miembro codependiente aprende junto al resto de la familia a separar su vida de la de los otros, se desprende de su obsesión por el control, y de los patrones de conducta compulsivos, que le generan dolor. La adicción daña las relaciones familiares, haciendo muy difícil la expresión del amor sano.

Como familiares a veces el cariño puede evitar que se ponga límites adecuados para protegerse o para evitar conflictos. Sin embargo el amor de la familia combinado de manera balanceada, con la firmeza necesaria para establecer límites saludables, es una herramienta vital en el proceso de convivir con un adicto activo. La familia organizada, puede convertirse en una herramienta de intervención sumamente valiosa para romper la negación del adicto. Es necesario para poder iniciar ese proceso que los miembros estén dispuestos a comenzar y mantener su propia recuperación personal. La recuperación de la familia del adicto va de la mano con la recuperación del integrante que consume y viceversa. En la evolución de la familia, si las defensas no la crea la familia el joven carecerá de recursos para enfrentar el problema.

Los hijos necesitan estructuras firmes, sentido de pertenencia, valoración refuerzo de la autoestima, reglas claras y límites precisos. Tienen efectos

negativos: la debilidad de carácter, la excesiva rigidez; la incoherencia en las reglas; la indecisión, la indiferencia, la sobreprotección obsesiva, la ausencia de valores, y los modelos diluidos o pesimistas. Todos éstos son elementos que contribuyen para convertir al adolescente en un buscador de sustitutos que cubran las carencias del hogar.

La familia es el núcleo social donde se forman los ciudadanos. Es el grupo humano donde se transmiten los valores espirituales por medio del ejemplo. Fortalecer la capacidad de tomar decisiones personales, enseñar a enfrentar los problemas. Promover la autoaceptación y autoestima. Fomentar la expresión de sentimientos. Fortalecer la comunicación. Todas estas habilidades son transmitidas por el ejemplo más que por otros medios. Para lograr un ambiente sano en la familia se necesita solo buena voluntad, orientación adecuada y amor entre sus miembros.

6.5. UBICACIÓN SECTORIAL Y FISICA

La investigación que se realizó fue en los barrios Comité del Pueblo No. 1, Argelia Alta y Jaime Roldós del Distrito Metropolitano de Quito.

Los barrios Comité del Pueblo y Jaime Roldós están ubicados en la periferia nor - oriental y nor – occidental respectivamente, así como el barrio Argelia Alta ubicada en el sur – oriental de la ciudad de Quito. El Municipio de Quito pone especial atención en estos sectores porque tienen una organización comunitaria sólida, ya que el 34% de la población urbana se ubica en los mismos; pese a su organización en estos lugares; los casos de violencia, alcoholismo y disfunción familiar son muy altos, mismos que son prioritarios para su intervención y promoción.

6.6. FACTIBILIDAD

Se basa en aspectos considerados de importancia porque responde a fundamentos de carácter sociológico, psicológico y médico, paradigmas estos que le otorgan

validez para todos los profesionales que intervienen en educación, promoción, prevención e intervención; que determinan una orientación adecuada para cumplir este trabajo multidisciplinario que garantiza una aplicación adecuada; esto contribuirá para satisfacer las demandas de los hogares con disfuncionalidad. Consideramos interesante el uso y aplicación de la presente propuesta en los barrios involucrados. La propuesta está estructurada con componentes de intervención sencillos y fáciles de aplicación.

6.7. OBJETIVOS

6.7.1. GENERAL:

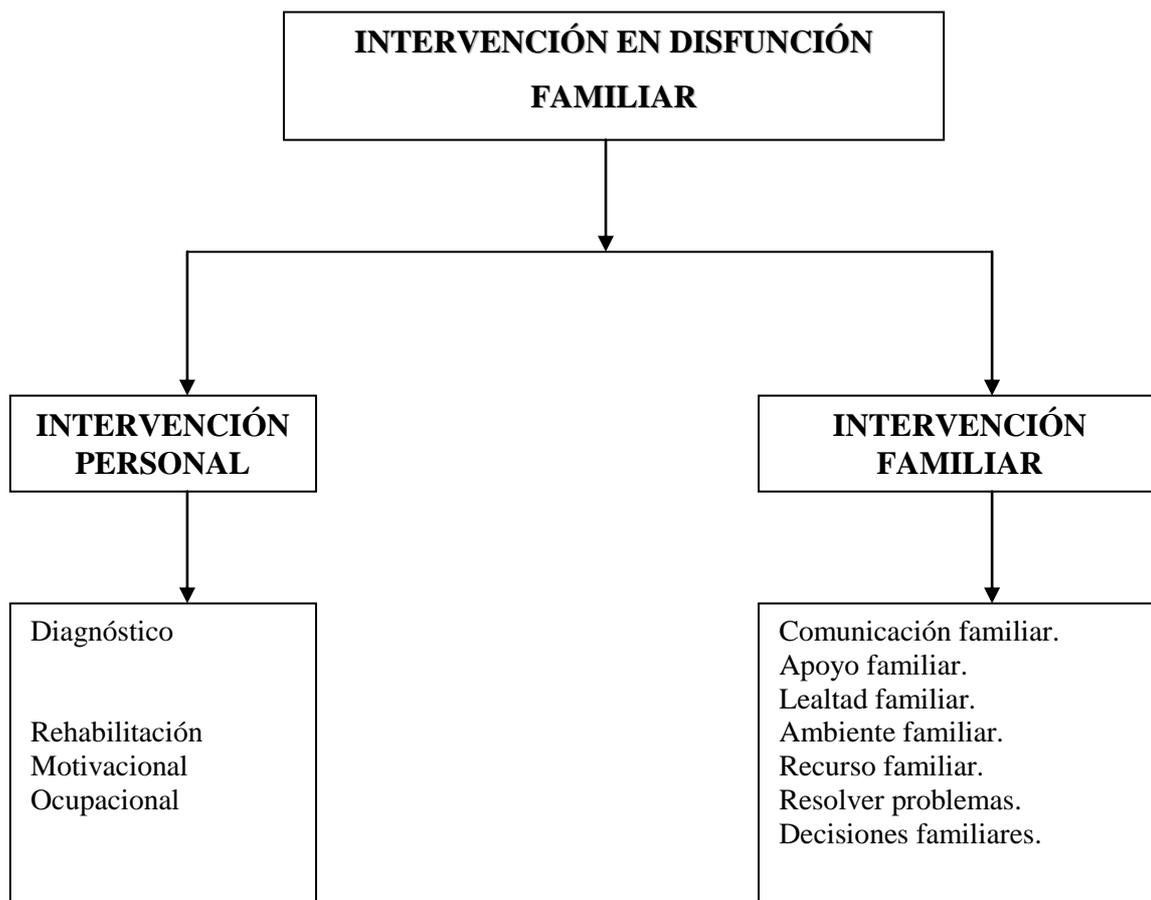
- ☞ Disminuir la incidencia de disfunción familiar en familias con alcoholismo en barrios investigados.

6.7.2. ESPECÍFICOS:

- ☞ Detectar los factores de riesgo que tienen las familias disfuncionales y que inciden en su desarrollo.
- ☞ Abordar las relaciones familiares y sociales a través de situaciones específicas en lo afectivo y conductual ayudándole a confrontar pensamientos y emociones que les permitirán desarrollar habilidades de comunicación y resolución de problemas.

6.8. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Cuadro 1: Esquema Conceptual



INTERVENCIÓN PERSONAL

Diagnóstico: Es la determinación de la presencia de una enfermedad. El diagnóstico se lo realiza a través de los instrumentos descritos anteriormente.

- Alcoholismo: es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico.

El alcoholismo es producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional, psíquica y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

Rehabilitación Motivacional

Siendo la motivación lo que causa, canaliza y sostiene el comportamiento de las personas, es necesario mejorar el conocimiento de la gente que le rodea, así se logrará entender sus necesidades y lo que podría motivarles. La Motivación incluye el resaltar sus fortalezas, mejorar su autoestima y aprovechar los factores de protección que una persona puede tener.

Rehabilitación Ocupacional

Referida a fomentar la realización de actividades que le permitan ocupar su tiempo adecuadamente y de forma productiva que le generen ingresos económicos y mejoren su autoestima para provocar una visión mas positiva de su entorno.

INTERVENCION FAMILIAR

Se ayuda a la familia haciendo que estas desarrollen sus fortalezas y habilidades para enfrentar los problemas y en la medida en que lo hacemos pasamos del riesgo a la protección, de lo negativo a lo positivo, de la enfermedad a la salud; Estos algunos de los factores de prevención que han sido de ayuda y que se han inculcado y promocionado en las familias.

☞ Comunicación Familiar:

- Promover para que las familias disfruten de una comunicación balanceada; los miembros se escuchen unos a otros y se sientan cómodos entre si.
- La familia se concentre en escuchar en lugar de encontrar culpables.
- Los miembros de la familia comuniquen sus deseos y necesidades claramente.
- La familia maneje los conflictos con sinceridad y respeto.
- Los padres expresen claramente sus expectativas y se acepte la expresión de las emociones.

☞ Apoyo Familiar:

- Los miembros frecuente y espontáneamente se demuestren afecto y respeto.
- Se reconozca y apoye los esfuerzos y las realizaciones de los otros miembros de la familia y se celebre sus fortalezas.

☞ Lealtad Familiar:

- Se promueve el compromiso para lograr el bienestar de la familia.
- La familia tiene establecidas tradiciones y una historia familiar.

- Se da a la familia un sentido común de orgullo en el desarrollo de las costumbres de la familia durante eventos y celebraciones especiales.

☞ **Ambiente Familiar:**

- La familia se toma tiempo para trabajar y distraerse juntos programando actividades para mantener relaciones familiares adecuadas.
- Se sienten juntos a la mesa y se aprecia la conversación.
- Todos los miembros de la familia participen en la limpieza de la casa y compartan responsabilidades.
- La familia se sienta parte de la comunidad entera y disfruta del tiempo libre y del buen sentido del humor.

☞ **Resolviendo Problemas Familiares:**

- Los miembros descubrirán y fortalecerán sus habilidades para resolver problemas.
- La familia se ha tornará flexible y receptiva al cambio, modificando su costumbre cuándo es necesario.
- La familia reconocerá sus problemas y buscará ayuda cuando sea necesario.

☞ **Decisiones familiares:**

- Los miembros de la familia compartirán el poder y las decisiones que afectan a toda la familia.
- La familia buscará un balance entre límites y flexibilidad.
- Se acentuará la creatividad y originalidad en vez de la conformidad.
- Los padres tomarán una fuerte posición de liderazgo.

PROPUESTAS PARA ENFRENTAR SITUACIONES DE DISFUNCIONALIDAD

Es fundamental que todo programa orientado a enfrentar situaciones de disfuncionalidad familiar y básicamente de alcoholismo diseñe una política de prevención, orientada a modificar criterios culturales de consumo, profundamente arraigados en nuestra sociedad.

En relación con los razonamientos para una adecuada intervención en situaciones de disfuncionalidad familiar, es necesario diseñar e implementar las siguientes acciones:

DETECCIÓN

A diferencia de otras situaciones, en los casos de alcoholismo y disfunción familiar generalmente los involucrados no piden ayuda.

Por lo tanto, la detección activa debe constituir el primer paso de cualquier programa de intervención.

Ha sido una preocupación central de la comunidad el proteger a la familia y para ello asegurar mecanismos de detección eficientes, de fácil acceso y con atribuciones para actuar tan rápido como la situación lo requiera.

INTERVENCIÓN EN DISFUNCION FAMILIAR Y ALCOHOLISMO

En las familias disfuncionales con la presencia de un miembro alcohólico, la característica principal es la violencia y la desorganización. No existe un sólo tipo de intervención en estas familias. Las modalidades van a depender, entre otros factores, del tipo de disfuncionalidad, la dimensión del problema, las características del grupo familiar, el riesgo de las familias, etc.

Toda intervención debe considerar necesariamente los siguientes aspectos:

- Medidas de apoyo al alcohólico y a sus familiares, víctimas de disfunción y violencia: Consisten en aquellas medidas destinadas a la reparación del daño causado. Incluyen tratamientos terapéuticos y apoyo para la reinserción familiar, escolar y social del afectado.
- Medidas de reorganización o reintegración familiar: Tienen por finalidad en la recuperación y tratamiento de familias disfuncionales en su conjunto, Intentando resolver los conflictos familiares y su forma de funcionamiento. Se pretende mejorar la capacidad de los adultos para enfrentar los conflictos, con otros métodos que no impliquen agresión.

FACTORES QUE SE HAN INTERVENIDO.

La prevención del alcoholismo y disfuncionalidad familiar ha llevado a poner en marcha intervenciones orientadas a minimizar la influencia de los factores de riesgo y potenciar la influencia de los factores de protección, permitiendo la realización de una gran variedad de acciones en varios niveles de intervención.

La intervención desde el ámbito comunitario la realizamos en torno a:

- **Creencias y actitudes acerca de la salud y el alcoholismo:** Uno de los factores que más influye en las conductas de consumo de alcohol es el sistema de creencias acerca de tales sustancias, sus efectos, sus riesgos y el papel que pueden desempeñar en nuestras vidas. Incluye actuaciones dirigidas a tener un conocimiento lo más exacto posible de estas sustancias y una visión crítica del discurso social sobre el tema, así como algunas habilidades que les permitan influir en las creencias de otras personas.
- **Educación social y tiempo libre.** El trabajar en el tiempo libre como espacio educativo y de crecimiento personal ha contribuido a lograr tanto en los individuos como en las familias un empleo más satisfactorio y saludable del tiempo libre.

6.9. IMPACTO

Precisamente por esto, el trabajar con toda la familia, no es tratar de encontrar la causa del alcoholismo ni de disfunción en la familia, ni mucho menos tratar de culpar a alguno de sus miembros, sino se trata simplemente de la persona que tiene serios problemas que la familia no ha resuelto. Lo importante es aceptar a la persona con dificultades, como parte de la familia y no aislarle más.

De esta manera se reconoce a la familia como un recurso insustituible para la recuperación, por lo que se da especial enfoque a la población de alto riesgo. En las reuniones de estas "familias con problemas relacionados con el alcohol" no se aplican técnicas terapéuticas especiales, ni son centros de rehabilitación o resocialización, sino que es un medio abierto, óptimo, no es exclusivo, aquí se inician las posibilidades de adaptación y mejoramiento de las relaciones intrafamiliares e interpersonales.

Es necesario considerar la importancia que se da a principios como: comunicación abierta, directa, transparente, posible de corregir y que armonicen "lo pensado, lo expresado y lo efectuado

Si en una comunidad están presentes, de manera significativa comportamientos sociales en riesgo, significa que el equilibrio comunitario está alterado. La prevención consiste en crear un justo equilibrio ecológico. Los disturbios que ocasiona el alcohol requieren ser atendidos en el lugar donde el individuo vive y generalmente trabaja. Esta depende del modo como la comunidad considera al beber, el modo en el cual viene considerado el alcohólico, de la calidad de vida de la comunidad.

Para que la familia pueda participar activamente es necesario que conozca bien su problema. Es fundamental además que conjuntamente todos aquellos miembros de la familia e incluso amigos puedan integrarse en la actividad de las reuniones y de sus eventos formativos.

Se instruye adecuadamente a la familia en como aprovechar los recursos personales con el fin de lograr un mejoramiento personal y grupal.

Según Laura Muso, "las familias con problemas relacionadas con el alcohol y disfuncionalidad es una comunidad multifamiliar inserta en un sector, que se encuentra con regularidad para producir un cambio positivo en el estilo de vida, además de otros aspectos, con el objetivo de alejar el alcohol de la vida familiar y propiciar cambios en el estilo de vida".

6.10. DIFUSIÓN

La difusión del programa y sus resultados se llevan a cabo a través de las reuniones en los barrios en los que se trabaja.

GUIA DE ORIENTACION PARA FAMILIAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO.



Elaborada por:

Ruth Reyes y
José Pazmiño.

ALCOHOLISMO Y FAMILIA.

El alcoholismo es una enfermedad familiar, se dice que afecta a más de cuarenta personas alrededor del enfermo.

El Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC, 2005) define el alcoholismo o dependencia del alcohol como una enfermedad que incluye los siguientes síntomas:

- Deseo insaciable: una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
- Pérdida de control: la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- Dependencia física: síndrome de abstinencia con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.

A nivel mundial el consumo de bebidas alcohólicas afecta las relaciones familiares ya que las personas víctimas del alcoholismo proyectan sentimientos agresivos hacia las personas. El alcoholismo daña el organismo, el funcionamiento familiar y social, y puede ser causa de violencia conductas antisociales, desintegración familiar, accidentes, incluso homicidio. Es una enfermedad crónica, progresiva y mortal. Entre las causas que predisponen a una persona al alcoholismo, existen factores hereditarios, adquiridos, la sensación de soledad, el aislamiento, problemas familiares y las dificultades económicas.

No existe una cura para el alcoholismo, pero existen diversos tratamientos que controlan la cronicidad y progresión de la enfermedad.

El cerebro libera pequeñas cantidades de "dopamina" cada vez que experimenta satisfacción. Esta sustancia hace que el individuo se sienta bien. Las sustancias estimulan este "circuito del placer" para liberar dopamina en el organismo y sentir satisfacción. El organismo se va acostumbrando a los agentes externos (sustancias) y cada vez requiere mayores cantidades para liberar la dopamina. El cuerpo se va intoxicando hasta llegar el momento donde requiere de la presencia de las sustancias para funcionar. Este fenómeno es la adicción

La recuperación no comienza hasta que el alcohólico se retira completamente de la botella y practica la abstinencia continua.

TEST DE CAGE

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticando su forma de beber?
2. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

PUNTUACIÓN: 1 punto por respuesta afirmativa.

RESULTADO: 1 punto indica problemas con el alcohol; 2 puntos o más se considera dependencia.

-Codependencia.

Es una condición psicológica en la cual alguien manifiesta una excesiva y a menudo inapropiada, preocupación por las dificultades de alguien más, olvidándose de su propia vida.

Características de la codependencia: por Melody Beattie

- Los codependientes son extremistas, son superresponsables o demasiado irresponsables.
- Sienten que deben controlar a las personas y los eventos alrededor de ellos porque ellos mismos se sienten fuera de control.
- Se sienten víctimas porque sacrifican su propia felicidad.
- Toman todo en serio y tienen dificultad con la diversión.
- Se juzgan sin misericordia.

Características de la familia alcohólica:

- Abandono y poca atención para los hijos
- Inmadurez de parte de los padres
- Desintegración familiar.
- Problemas en la comunicación
- Padres excesivamente permisivos o autoritarios
- Padres hostiles o poco afectuosos
- Integrantes con baja autoestima

- Presencia del maltrato físico y/o psicológico
- Temor a expresar sus sentimientos.
- Poca capacidad de tomar decisiones para establecer límites claros
- Padres consumidores de otras drogas
- Ausencia física y/o emocional de sus miembros
- Codependencia.

-Roles disfuncionales en la familia del alcohólico:

1). El rescatador: este miembro se encarga de salvar al adicto a los problemas que resultan de su adicción. 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.

2). El cuidador: ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Ellos actúan así convencidos de que al menos "las cosas están andando". Lo que no 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.

3). 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.

4). El héroe: el 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, y ayuda a la familia a distraer la atención que tiene sobre el adicto.

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

6). El desentendido: usualmente es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar. En realidad es

una máscara que cubre una gran tristeza y decepción que es incapaz de expresar

7). El disciplinador: 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 (Aizpún, 2006).

Características de los hijos de los alcohólicos: por Janet Woititz

- Los hijos adultos de alcohólicos adivinan lo que es "normal."
- Tienen dificultades en terminar sus proyectos
- Mienten cuando no es necesario.
- Exageran en respuesta a los cambios en que ellos no tienen control.
- Buscan la aprobación y la afirmación constantemente.
- Se sienten diferentes a los demás.
- Son leales hasta el extremo, aún cuando la lealtad no es merecida.
- Son impulsivos.
- Tienen dificultades con la intimidad. (Esto no implica únicamente la sexualidad).
- Se juzgan sin misericordia.
- Tienen dificultad con la diversión.
- Toman todo muy en serio.
- Son muy responsables o irresponsables.
- Tienen problemas con tomar decisiones.

ORIENTACION A LA FAMILIA.

La mejor defensa de la familia contra el impacto emocional de la adicción de uno de sus miembros consiste en aceptar la enfermedad, adquirir conocimientos sobre ella y hacerse de la madurez y el valor necesarios para lograr realizar todo esto. Cuanto más se disimulen las emociones, más difícil será lograr un proceso de rehabilitación eficaz, porque muchas veces la influencia recíproca es destructiva. Quienes resultan más afectados son: el cónyuge, los hijos, los padres y los

hermanos. Ellos no son los responsables de adicción ni pueden darle al adicto un tratamiento rehabilitador, pero a medida que avanza el problema, se ven comprometidos emocionalmente y empiezan a actuar como facilitadores, siendo entonces lo más indicado que ellos busquen ayuda y sigan un tratamiento para resolver sus propios problemas.

Los errores que entonces se cometen son casi increíbles y a menudo dificultan la recuperación del dependiente, aun cuando no sea esa la intención.

El problema de los adictos radica en su persona; su rehabilitación sólo puede lograrse con la abstinencia total. Por eso, es al adicto a quien le corresponde decidir, por su propia voluntad, tomar medidas eficaces.

-Extraído de AA:

- 1) No le predique, sermonee o regañe; con la característica poca tolerancia para la frustración que el alcohólico tiene, esto probablemente le incitará a beber más.
- 2) Nunca use frases con la intención de conmoverlo emocionalmente como: "Sí tú me quisieras...." "Si me quisieras a mí más que a la botella...." "Si tuvieras vergüenza.....", etc. Este método le aumentará sus sentimientos de culpabilidad, que tendrá que ahogar bebiendo más
- 3) No haga amenazas que usted no tenga intención de cumplir, o que no sea capaz de llevar a cabo.
- 4) No considere a su alcohólico como un débil moral o le quite sus responsabilidades, dejándole sin un sentimiento de ser importante o de no valer algo.
- 5) No evite a su alcohólico situaciones en las que pueda tener ocasión de beber; no oculte botellas o las rompa, o las vacíe, tales actos sólo consiguen hacerle enfurecer, o volverlo violentamente a comprar mucho más para vengarse. Tenemos que aceptar que el alcohol existe en todas partes a nuestro alrededor y que no podamos cambiar esto, y que las tentaciones de beber ocurren todos los días, a todas horas y en todas partes; y que él, por sí mismo tiene que afrontar esa tentación.
- 6) Nunca le pida promesas, pues las tendrá que romper y entonces le tendrá

que engañar; las promesas y juramentos se dan fácilmente y se rompen fácilmente, eso aumenta sus sentimientos de culpabilidad y la pérdida de respeto a sí mismo.

- 7) Nunca discuta o haga presión al alcohólico cuando esté bebiendo o borracho, pues la respuesta será negativa e incluso violenta, nunca recurra a la violencia física o castigo.
- 8) No tenga exceso de confianza o espere una cura inmediata cien por cien, recuerde que la misma iglesia es la primera en dudar de un milagro hasta años después de que se pruebe.
- 9) No le tape o encubra, ni busque excusas por ser alcohólico; eso le quitaría la responsabilidad de sus actos, y sabiendo que no tiene que pagar por las consecuencias de sus actos, tenderá a repetirlos.
- 10) Pruebe a no ser mártir y a no sentirse avergonzada, tampoco se crea que es usted la causa de su bebida.
- 11) No discuta o juzgue el método de recuperación seleccionado por su alcohólico, lo importante es que él esté sobrio y sea feliz, no importa cómo lo consiga.
- 12) No use a los niños como un arma contra él, ni él ni ellos la perdonarán.

Los miembros de la familia tienen una gran variedad de sentimientos y actitudes contradictorias acerca de la bebida. Estos sentimientos y actitudes es necesario que salgan a la luz y se comenten. Las familias también pueden hacer cambios para ayudar a la persona a que mantenga la sobriedad pero sin poner en peligro el propio bienestar familiar. Se deben restablecer los canales de comunicación y cuidarse unos a otros. Las responsabilidades familiares deben redistribuirse. El tiempo de ocio y disfrute debe mejorarse.

- Comunicación

Para la mayor parte de los alcohólicos, uno de los mayores obstáculos para conseguir la sobriedad y mejorar las relaciones será el problema de la comunicación, la cual no ha existido mientras bebía. Los familiares puede que estén cometiendo errores al no comunicar lo que sienten por temor a que puedan

influir en su sobriedad.

- Malos estilos comunicativos que deben evitarse:

- 1) No escuchar o aparentar que se está escuchando a quien habla.
- 2) Tomar a broma problemas serios.
- 3) Evitar los enfrentamientos para disculpar y/o parecer desesperanzado o deprimido. Esto hace que los miembros de la familia no muestren sus respuestas de enfado y por tanto nunca se enfrentan a los problemas.
- 4) Evitar la discusión de temas importantes a través de atacar con ira y echarle las culpas a los demás.
- 5) No hablar claro, dando respuestas que no tienen mucho que ver con lo que se pregunta.

La comunicación honesta y directa es la que aumenta la posibilidad de que la sobriedad pueda llegar a alcanzarse. El objetivo a largo plazo es aprender a expresarse de modo claro y aprender a escuchar con empatía y sin enjuiciar a las demás personas. Algunas veces puede ser necesario interrumpir una discusión y continuarla más tarde si los sentimientos de ira se vuelven tan intensos que la discusión se convierte en un círculo vicioso.

- Compartir responsabilidades

Las personas dependientes del alcohol y su familia deben reestablecer de nuevo las responsabilidades del bebedor. Él o ella deben nuevamente compartir las responsabilidades de los hijos, el presupuesto familiar y realizar las tareas de casa que le correspondan. Alcanzar metas aumenta la autoestima y proporciona la satisfacción del deber cumplido.

- Enfrentar los problemas de alcohol que afectan a la familia.

Existen varias cuestiones referidas al uso social de bebida, y que la familia debe discutir. Toda la familia, incluida la persona con problemas de bebida, debe hablar sobre los pros y los contras de tener alcohol en casa.

Debe hablar sobre si debe acudir a la reuniones sociales en las que exista alcohol

de por medio y en ese caso decidir si los miembros de la familia beberán delante del alcohólico. Es importante decidir y planear por anticipado entre todos qué es lo que se le dirá a ciertos amigos, determinados vecinos y compañeros de trabajo acerca de la abstinencia.

- Tiempo libre

Tanto la familia como el enfermo deben disfrutar durante la sobriedad. Para conseguir una sobriedad de calidad es necesario convertir la misma en una fase más placentera que los periodos en los que se bebía. Es importante que todos los familiares disfruten estando unos al lado de los otros para que todos los cambios sean más fáciles y posibles de realizar.

Se necesita tiempo para planear los propósitos individuales y colectivos de disfrute del tiempo libre para toda la familia. Se deben intentar nuevas actividades.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Aragón, N. Bragado, Á. y Carrasco, I. (2002). *Adicciones Alcoholismo parental y psicopatología infanto-juvenil*. Vol. 9 N° 2.
- 2.-Bonmatí,, S. y Sánchez, Y. (2004). "Detección precoz y prevención de consecuencias en hijos de alcohólicos". Asociación para el Estudio y la Prevención de Adicciones. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Familia. Brasil.
- 3.-Boerma, W. Fleming, D. (2004) *The Place of General Practice in Health Care Systems*. Who-Europe. Copenhagen.
- 4.-Bromet, A. Arias, L. Rodriguez, M. y Duarte, A. (2002) *Estándares de calidad para la creación y funcionamiento de programas de especializaciones médicas en la educación superior*. Bogotá. Ascofame-Icfes
- 5.-Calam, B. Thorsteinson, J. (2001) *Les soins hospitaliers par les médecins de famille. Un exode ou un bien-fondé*. Canadá: Canadian Family.
- 6.-Carrasco, J. (2002) *Epidemiología, prevención y asistencia del alcoholismo y otras toxicomanías*. España: Barcelona.
- 7.-Casado, V. (2001) *Valoración del programa de la especialidad de Medicina familiar*. Buenos Aires: Tribuna Docente.
- 8.-CONSEP. *II Encuesta Nacional sobre consumo de drogas*. (2004) Resumen ejecutivo Ecuador.
- 9.-Figueras, J. Saltman, R. y Sakellarides, C. (2002) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

- 10.-Flaherty, Ch. (2001) *Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento*. México: Panamericana .
- 11.-Gómez, G. Ceitlin, J. (2001) *La medicina de familia en España y otros países*. Barcelona: Barcelona.
- 12.-Gelder, M. Mayou, R. (2007) *Psiquiatría de bolsillo*. Madrid: Marban Libros S.L.
- 13.-Guerra, H. Medina, C. Miranda, F. Riofrío, I. y Valencia, I. (2002) *Protocolos psiquiátricos para manejo en el hospital general*. Quito: Quality Print Centro de Reproducción Digital.
- 14.-Guarderas, F. (2003) *Psicología*. Quito.
- 15.-Hudolin, V. (2003). *Manual de alcoholología*. Italia: Erickson.
- 16.-James, L. Jacobson, A. (2002) *Secretos de la Psiquiatría*. México: Graw -Hill Interamericana .
- 17.-León, C. (2001). *Manual de Psicofarmacología*. Quito: Noplu SA.
- 18.-Miller, W. (2002) *II coloquio de motivación*. Trento Italia: Erickson.
- 19.-*Organización Panamericana de la Salud*. Serie HSR 29. OPS, Octubre de 2001. La contribución del médico de familia al desempeño de los sistemas y servicios de salud en la Región de las Américas.
- 20.-*Organización Panamericana de la Salud*. (2003) Informe Anual. Washington, USA.

- 21.-OPS. *Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y salud.* (2004) Washington
- 22.-Puga, T. (2000) *Textos de Pediatría en Diálogos. Psiquiatría y Psicología de la Infancia y de la Adolescencia.* Buenos Aires: Panamericana.
- 23.-Randol, L. John, R. y Philip, D. (2005) *Principios de Medicina Ambulatoria y familiar.* Barcelona: Masson Sa.
- 24.-Saltman, R. Figueras, J. (2004) *European Health Care Reform. Analysis of current strategies.* Copenhagen: Who-Europe.
- 25.-Sarasua, B. Zubizarreta, I. Echeburúa I. y Corral, P. (2002). *Perfil psicológico del maltratador en el hogar. En "Personalidades violentas"* Madrid: Pirámide.
- 26.-Sousa, J. Sardinha, A. Sánchez, J. Melo, M. y Ribas, M. (2001) *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Vol 2:63-74.
- 27.-South-Paul, J. Grumbach, K. (2001) *How Does a Changing Country Change Family Practice. Family Medicine.* 4:278-85.
- 28.-Starfield, B. (2002) *The Lancet.* Is primary care essential 344:1129/33.
- 29.-Starfield, B. (2000) *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.* Barcelona: Masson.
- 30.-Suárez, R. (2000) *La disfunción familiar y maltrato infantil. Terapia de rehabilitación del enfermo alcohólico y de la familia.* Gandía.
- 31.-Troncóse, M. (2000) *Abordaje multifamiliar en las dependencias.* Talca.

32.-Tudor, H. (2002) *Control de Hipertensión Arterial en poblaciones: la debilidad de una práctica sin teoría, la esterilidad de una teoría sin práctica. Atención Primaria*. Córdoba.

33.-Velasco, R. (2000) *Alcoholismo, Visión Integral*, México: Trillas.

ANEXOS

ANEXO 1

TEST DE AUTODIAGNÓSTICO A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (TEST DE CAGE)

Nombre:

Ocupación:

.....

Edad: Fecha: Estado Civil:

.....

Por favor responda con honestidad

Marque con una X según usted considere:

	SI	NO
¿Ha pensado que debe tomar menos?		
¿Se ha molestado porque le dicen que toma mucho?		
¿Se ha sentido culpable de tomar demasiado?		
¿A la mañana siguiente le ha dado ganas de seguir tomando?		

ANEXO 2

Cuestionario para obtener información de familias que tienen o no un miembro alcohólico y sobre factores de riesgo para el normal funcionamiento de su familia. Sus respuestas son confidenciales; no se compromete en nada. Por favor conteste con sinceridad.

Nombre: Ocupación:

Edad: Fecha: Estado Civil:

Soltero /a casado/a divorciado/a unión libre

Estudio de los Padres	Primaria	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior
En la casa viven además de los padres		Tíos	Primos	Abuelos
En su familia existen miembros que toman alcohol		Cada día	Cada semana	Cada 15 días

Si en su casa se consume alcohol; ¿por esa causa se produce?

	SI	NO
Mala relación entre hermanos		
Violencia verbal entre esposos		
Violencia de padres a hijos		
Se ha ido de la casa el padre o la madre		
Se ha ido de la casa algún familiar		
Su familia ingiera alcohol con otras familias vecinas		
Disminuya el afecto de hijos a padres o de padres a hijos		
A su familia Usted la sienta más débil		
Ha recibido su familia apoyo o ayuda de alguna Institución		

Agresión o violencia física entre familiares		
Dificultades económicas frecuentes		
Algún daño físico o mental en los padres		
La familia se ha dado cuenta que existe falta de afecto, que hay violencia, que hay consumo excesivo de alcohol y que existan crisis familiares, o considera que es algo que sucede normalmente en las familias.	Es normal que suceda	No debe suceder

Fuente: Grupo investigador.

ANEXO 3

Cuestionario sobre “Escala de recursos”, APGAR familiar*

Instrucciones: Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor la salud suya y de su familia. Por favor responda con sinceridad. Para cada pregunta marcar con una X en donde usted considere real.

Familia se define como el o los individuos con quien usted usualmente vive. Si vive solo o sola, su “familia” consiste en la(s) persona(s) con quien usted tiene el lazo emocional más fuerte.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface como compartimos en mi familia a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa c) el dinero					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis momentos de superación o triunfos.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, alegría, amor, etc.					
Me satisface la ayuda que recibe de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as).					
¿Tiene Ud. algún amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

* Traducido y adaptado de Smiktein G. Por Liliana Arias C.

ANEXO No. 4

TEMA	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	PREGUNTAS DIRECTRICES
<p>Abordaje de familias con alcoholismo y disfunción familiar.</p> <p>Los factores de riesgo que inciden en el aparecimiento de la disfunción familiar en los hogares con personas alcohólicas de tres barrios populares de Quito.</p>	<p>¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en el aparecimiento de la disfunción familiar en los hogares con personas alcohólicas?</p>	<p>O: G: Identificar los factores de riesgo que inciden en el aparecimiento de la disfunción familiar en los hogares con personas alcohólicas, investigadas en tres barrios populares de la ciudad de Quito, (Comité del Pueblo N° 1, Ciudadela Jaime Roídos Aguilera, y Argelia Alta.</p> <p>O.E.1. Identificar la disfunción familiar en familias con personas alcohólicas, y determinar que el problema no es individual sino familiar.</p> <p>O.E.2. Determinar los factores de riesgo que favorecen el aparecimiento de disfunción familiar.</p> <p>O.E.3. Plantear propuestas de acción dirigidas a detectar en forma oportuna los casos, intervenir los factores de riesgo, prevención de disfunción familiar, y promover estilos de vida saludables.</p>	<p>¿Existen factores de riesgo que favorecen el aparecimiento de Disfunción familiar en familias con alcoholismo?</p> <p>¿Las personas alcohólicas en las familias afectan la funcionalidad familiar?</p> <p>¿Los factores de riesgo inciden en la disfunción familiar?</p> <p>¿Una propuesta de acciones de detección oportuna de casos de prevención de disfunciones familiares promoverá mejores estilos de vida?</p>