

El ambiente familiar temprano en alcohólicos primarios/ Early Family Environment in Primary Alcoholics

Dr. C. Armando Alonso Álvarez, I Lic. Yamilé Martínez Ramos II

I Profesor Titular, Doctor en Ciencias Psicológicas. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

II Licenciada en Psicología. Tienda de Recuperación de Divisa (TRD), Playa. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: los estudios sobre la familia del alcohólico se limitan fundamentalmente al momento actual.

Objetivo: describir el ambiente familiar temprano en un grupo de alcohólicos primarios.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se investigó en una muestra de 35 alcohólicos primarios a través de la entrevista y un test de completar de frases.

Resultados: En la gran mayoría, la dinámica familiar temprana, la existencia de serios conflictos, la presencia de antecedentes patológicos de alcoholismo, la insatisfacción de la necesidad de afecto, el estilo de comunicación autoritario, la vivencia de sufrimiento e infelicidad y los temores contribuyeron a formar una personalidad vulnerable al consumo de la sustancia. El 40 % comenzó el consumo antes de los 16 años.

Conclusión: En la mayoría de los casos existe un desajuste familiar que repercute en la descendencia y favorece el origen del alcoholismo.

Palabras clave: familia, infancia, alcohólicos primarios

ABSTRACT

Introduction: Studies on the alcoholic's family are limited fundamentally to the current moment.

Objective: to describe the early family environment in a group of primary alcoholics.

Methods: it was carried out a descriptive and retrospective study. A sample of 35 primary alcoholics was investigated through the interview and a completing phrases test.

Results: In the great majority, the early family dynamic, the existence of serious conflicts, the presence of pathological records of alcoholism, the dissatisfaction of the necessity of affection, the authoritarian communication style, the experience of suffering and unhappiness and fears contributed to form a vulnerable personality to the consumption of the substance. Forty percent

of the patients began consumption before 16 years.

Conclusion: In most of the cases was found family dysfunctions that rebounds in descendants and that favors the origin of alcoholism.

Key words: family, childhood, primary alcoholics

INTRODUCCIÓN

La familia es considerada como la unidad social constituida por un grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos, afectivos y/o cohabitacional. Esta como unidad social, intermedia entre el individuo y la sociedad, y se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.¹

La familia tiene un funcionamiento sistémico, integra otros sistemas sociales y constituye a la vez un subsistema caracterizado por su apertura a las influencias sociales, en tanto se encuentra en interacción recíproca y permanente con los otros grupos e instituciones.

Arés,² al analizar las funciones atribuidas a la familia, propone agruparlas en tres categorías: función económica, función biológica y función educativa. Esta última se desarrolla sobre la base del proceso de socialización, pues es en la familia donde se modelan las primeras orientaciones al niño y donde este recibe las primeras influencias del mundo. Otra función que debe cumplir la familia es la de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales. Todas estas funciones mencionadas son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes. La satisfacción de las necesidades afectivas que ocurre a escala familiar permite el desarrollo de la confianza básica, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos para la vida, además que constituye la base del apoyo y la estabilidad psicológica. En relación a las familias disfuncionales Louro³ las considera como aquellas que: son incapaces de enfrentar las crisis; no identifican los problemas, no se comunican con claridad y utilizan dobles mensajes; entorpecen el desarrollo individual y en ellas existe confusión y conflictos de roles. Estas familias repiten las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del problema. Se observa en ellas alteración de la organización jerárquica, no disponen de capacidad para negociar sus discrepancias y se muestran intolerantes ante las opiniones de los otros. De igual forma se culpabilizan por sus fracasos y se reprimen la expresión de las emociones entre los miembros de la familia.

Todo comportamiento de los padres es observado por los hijos y tiene una repercusión en estos. El niño va construyendo la imagen de sus padres a través de sus relaciones directas con ellos, y por lo que observa de las posiciones asumidas por sus padres ante las distintas situaciones y

hechos de la vida cotidiana, y esto tiene una expresión en su conducta.

El alcoholismo tiene una doble influencia sobre los hijos para Vasallo.⁴ En primer lugar, como variante de conducta a imitar en sus vidas, como la vía idónea para la solución de sus problemas (ocio y delincuencia) y como modelador de un estilo de relación con las otras personas que se traslada a diferentes situaciones contextuales y los distintos grupos humanos (agresiones y conducta sexual desorganizada). En segundo lugar, cuando la conducta de los padres resulta inadecuada contribuye a un distanciamiento de los hijos y al surgimiento de carencias en lo afectivo y lo moral que le hacen difícil su relación y adaptación a otros grupos e instituciones, lo cual va condicionando su acercamiento a personas con historias comunes a la suya.

Con respecto a las familias con uno o varios miembros alcohólicos Pumar y colaboradores⁵ hacen referencia a lo planteado por Needle, quien estudió el clima familiar en estas familias y encontró que existía menor cohesión y flexibilidad, más acontecimientos estresantes, más tensión, menos compenetración y apoyo mutuo, menos estímulo a actuar libremente y a expresar directamente los sentimientos, menos intereses intelectuales, culturales, sociales y recreativos y más control en cuanto a la existencia de reglas. La falta de intimidad y comunicación, el excesivo control encontrado y la presencia de conflictos son también señalados por Santos.⁶

Las familias con un miembro alcohólico se caracterizan por ser generalmente inflexibles, lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles, estas pueden cambiar constantemente o se mantienen aunque sean absurdas; los límites tienden a ser rígidos y difusos, inconstantes o inexistentes; además las jerarquías se vuelven disfuncionales y también son difusas; y la comunicación es indirecta y enmascarada o directa pero agresiva.^{5,7-8} Además, estas familias promueven la rebelión y la dependencia teniendo como consecuencia que sus miembros sean incapaces de resolver conflictos.^{7,9} En este sentido Santos⁶ considera que los miembros de la familia alcohólica tienen dificultades para establecer modelos apropiados de comportamiento y conseguir soluciones eficaces para sus problemas.

Margarita¹⁰ plantea que la familia alcohólica es un sistema cerrado en el cual los miembros se apegan unos a otros, pero sin intimidad, esta se aísla de su comunidad y los miembros de la familia también se aíslan unos con otros. Santos⁶ considera que este alejamiento emocional entre los miembros de la familia puede estar dado por la inconsistencia y la inestabilidad de las relaciones afectivas que existen entre ellos.

Otro aspecto importante a señalar son los mecanismos de afrontamiento de la familia del alcohólico: 1) huida o escape, 2) esfuerzos por modificar la percepción y valoración de la situación, 3) esfuerzos por modificar las emociones y los sentimientos determinados por la adicción., 4) esfuerzos por enfrentar y modificar la causa del conflicto afrontado.¹¹

Según González¹¹ la familia del alcohólico emplea también mecanismos defensivos, como pueden ser: la negación, la racionalización y la proyección, responsables máximos en el orden

decreciente expuesto, de la demora en concurrir al médico; la subvaloración que se expresa al minimizar el consumo aceptado y su significado negativo; el deshacer, la restitución y la expiación, que evidencian en el paciente la culpabilidad inherente a la conducta adictiva y el deseo de reponer, en algún grado, el daño inferido; y la sobrecompensación, expresada, aunque solo en las primeras etapas del problema con los intentos de aumentar la dedicación y productividad laboral para opacar la negatividad del consumo

Si bien existen numerosos estudios sobre la familia del alcohólico existen muy pocos sobre el ambiente familiar temprano^{5,12-14} El presente artículo tiene como objetivo describir dicho ambiente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es una investigación descriptiva, retrospectiva y cualitativa.

Una dificultad metodológica estriba en que la valoración del pasado puede estar algo mediatizada por los criterios y experiencias que se tiene en el presente, en este caso, con relación a la familia actual, más si se tiene en cuenta la repercusión que ha tenido el alcoholismo en la familia y en la propia psiquis del sujeto. No obstante, se valoraron únicamente los testimonios de los sujetos, ya que constituye una realidad que no puede negarse. Resta para una futura investigación la triangulación de la información con la brindada por los familiares. La muestra de carácter intencional estuvo integrada por 35 hombres dependientes al alcohol. Del total de los sujetos alcohólicos, 15 sujetos estaban ingresados en los hospitales Calixto García y Psiquiátrico de La Habana . De los 20 no ingresados, 13 recibían tratamiento ambulatorio y los 7 restantes fueron sujetos que, a través del criterio de vecinos y familiares y del Cuestionario CAGE (C de cut down, A de annoyance, G de Guilty y E de Eye opener), se ajustaban a los criterios de inclusión de la muestra. Fueron evaluados entre enero de 2010 y abril de 2011.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron los siguientes: 1) Entre 25 y 60 años; 2) Escolaridad mínima de 6.º grado; 3) Alcoholismo primario; 4) Voluntariedad del sujeto; 5) Que cumpla con los criterios diagnósticos de dependencia al alcohol a partir del CIE-10¹⁵, el DSM-IV¹⁶ y el CAGE¹⁸.

La muestra estudiada puede verse en de la siguiente tabla.

Tabla. 1 Sujetos alcohólicos según datos sociodemográficos

	Frecuencia	%
EDAD		

Hasta 30	2	5.7
De 31-40	9	25.7
De 41- 50	14	40
De 51- 60	10	28.5
ESCOLARIDAD		
Primario	1	2.8
Medio	14	40
Medio superior	17	48,5
Superior	3	8.5
ESTADO CIVIL		
Soltero	6	17.1
Casado/unión consensual	17	48.5
Divorciado	12	34.2

A todos los sujetos se les pidió el consentimiento para la investigación.

Las técnicas utilizadas fueron:

Entrevista al sujeto (Anexo 1): Se utilizó con el objetivo de corroborar que el sujeto no tuviera una enfermedad psiquiátrica de base y porque nos permitió un estudio amplio y profundo del caso en relación a la esfera familiar temprana. Tiene un carácter semiestructurado.

Completamiento de frases (Anexo 2): Técnica proyectiva que consta de 32 frases, las cuales fueron elaboradas por los autores y validada por criterio de expertos. Se aplicó con el objetivo de obtener información sobre aspectos relacionados con la infancia del sujeto: la dinámica familiar en esta etapa, si existía un ambiente armónico o conflictivo, cómo eran las relaciones entre hermanos, la valoración de las figuras paternas y otros miembros, los métodos educativos empleados, los estilos de comunicación, el cumplimiento o no de las funciones básicas,

separaciones o divorcios de los padres, antecedentes de alcoholismo y drogas y características de personalidad del sujeto. Se realizó un análisis de contenido de la información brindada.¹⁷

- CAGE (Anexo 3). Creado por Ewing y Rouse en 1970. Cuestionario compuesto por 4 ítems y que representa un método eficaz de evaluación y diagnóstico en el abuso de alcohol. Su mayor ventaja es su brevedad y su fácil aplicación. Se considera que dos o más respuestas afirmativas es indicador de dependencia. No tiene prácticamente falsos positivos.¹⁸

RESULTADOS

Teniendo en cuenta el objetivo trazado comenzaremos nuestro análisis explicando la dinámica familiar en la infancia temprana de los sujetos.

En la tabla 2 se observa la estructura familiar, mostrándose un predominio de familias ampliadas y nucleares.

Tabla 2. Pacientes alcohólicos según estructura familiar

	No.	%
Nuclear	11	31.4
Monoparental	4	11.4
Extensa	3	8.5
Ampliada	17	48.5
Total	35	100

Los resultados que siguen son de gran importancia, pues la existencia de tan alto puntaje en el nivel medio y seguidamente un nivel alto, nos demuestra que en la infancia temprana las necesidades económicas eran satisfechas en la mayoría de las familias estudiadas.

Tabla 3. Pacientes alcohólicos según nivel socioeconómico familiar

	No.	%
Alto	8	22.8
Medio	21	60
Bajo	6	17.1

Total	35	100
-------	----	-----

En cuanto al cumplimiento de las funciones básicas de la familia, vemos en la tabla 4 que existe una alta puntuación del cumplimiento de la función educativa, no cumpliéndose solamente en un 25 % de las familias, como es en el caso 6 donde el padre sorprende a la madre en adulterio y la apuñala 5 veces y luego éste intenta quitarse la vida, suceso que ocurre cuando el sujeto tenía apenas 6 años. Otro ejemplo que pudiéramos señalar es el 17 donde la familia es monoparental, cuyo padre es el progenitor de convivencia y cuando el hijo tenía 5 años, cayó preso por robo en el centro de trabajo, y cuando contaba el sujeto con 17 años cayó preso también, por los mismos motivos del padre y otros: robo con fuerza y con violencia.

Sin embargo, en relación a la función afectiva observamos que en más de la mitad de los casos ésta no se cumple, hay signos de insatisfacción afectiva con algún miembro de su familia, que generalmente es uno de sus padres de convivencia, como se muestra en el caso 5, que la madre estaba todo el tiempo trabajando; en el caso 8 que el sujeto sentía que la madre amaba más a sus maridos que a él; y el caso 6 que considera que a partir de los 6 años, cuando nació su hermano, a él no le dieron la atención ni el cariño de antes.

Esta condición tiene que ver también con que de un total de 74.2 % de familias donde existió el divorcio entre los padres, en un 50 % el padre se distanció del hijo desde temprana edad y no se ocupó de éste, económica ni afectivamente, sino que mostraron abandono y despreocupación en la formación y crecimiento de sus hijos, tales son los casos para ejemplificar del 25, que podía pasarse 4 o 5 años sin ver a su papá y cuando lo veía no le daba dinero ni cariño y era muy poco el tiempo que estaban juntos; y el caso 22 que el padre venía a verlo cuando se acordaba o cuando le hacía falta algo, mientras que los casos 18 y 23 sus papás se fueron del país y nunca más los vieron y las llamadas que recibían de ellos eran muy pocas; el caso 33 afirma "Mi papá nunca vivió conmigo, lo conozco poco, nunca ha existido roce", "mi mamá a mi hermana siempre le daba lo primero y a mí lo último". El caso 32 plantea "yo no me sentía querido por nadie", el sujeto 27 dice "por mi físico mis padres me rechazaban, me ofendían". Con estos testimonios podemos aseverar que la función afectiva atribuida a la familia no se cumple.

Tabla 4. Pacientes alcohólicos según cumplimiento de las funciones básicas de la familia

Se cumple		No se cumple		Total	
No.	%	No.	%	No.	%

Económica	30	85.7	5	14.2	35	100
Educativa	26	74.2	9	25.7	35	100
Afectiva	16	45.7	19	54.2	35	100

Lo relatado anteriormente influyó en gran medida en que el 40 % de los casos tuvieran una valoración negativa del padre en la infancia, calificándolo como: “un Señor” (caso 8); “malo” (caso 24); “un cero a la izquierda y estafador” (caso 25) y expresiones más severas tales como: “cínico, lo odio, no lo quiero, no lo soporto” (caso 10); “es un perro, no sirve” (caso 13); mientras que existe una menor frecuencia de sujetos que perciben a la madre como negativa en su infancia con un 25.7 %, pero que también resulta importante, valorándola con argumentos menos críticos y elaborados como: “fuerte, con el dedo arriba de mí” (caso 16); “nunca me dio un consejo, muy poco comunicativa conmigo” (caso 25), el caso 27 que no tiene percepción de su mamá en su infancia, pues no se acuerda de ella.

Tabla 5. Pacientes alcohólicos según valoración de las figuras paternas

	Madre		Padre	
	No.	%	No.	%
Positiva	26	74.2	21	60
Negativa	9	25.7	14	40
Total	35	100	35	100

En cuanto a los métodos educativos utilizados por la familia se evidencia un predominio del método impositivo, el cual representa un 65.7 %, pues existe en estos casos el uso de la fuerza moral y física, tal es el ejemplo del 25 donde su abuelo lo amarró en una silla desnudo y llamó a un matrimonio con sus dos hijos para que lo vieran así, además de darle golpe en muchas ocasiones con un cinto. De estas familias que utilizaban este método educativo, observamos que en el 78.2 % de los casos se empleaba el golpe frecuentemente, e incluso, podría considerarse, en algunos casos violencia física, como en la familia 24, porque el padre le levantó en una ocasión parte del cuero cabelludo, y si no contestaba las preguntas que éste le hacía, sobre las

asignaturas de la escuela le daba un piñazo; el caso 9, donde una vez el padre por poco lo mata a golpes, además de que le tenía miedo; el caso 3 afirma "Mi mamá nos daba mucho golpe y nos gritaba".

Ocupando el segundo lugar por frecuencia de aparición está el método racional que aparece solo en 7 de los 35 sujetos, los cuales eran llevados a la reflexión y al convencimiento a través de la conversación.

Sólo existe un 25 % de familias donde no existen conflictos en el ámbito familiar. De esta forma se pone de manifiesto que el clima sociopsicológico vivido en las edades tempranas es un factor predisponente para el posterior consumo de alcohol.

Los principales problemas enunciados por parte de los sujetos estaban relacionados con el consumo de alcohol, los divorcios, los maltratos físicos y verbales y la ausencia de la figura paterna.

Tabla 6. Pacientes alcohólicos según métodos educativos

	No.	%
Impositivo	23	65.7
Permisivo	2	5.7
Sobreprotector	0	0
Negligente	3	8.5
Racional	7	20
Total	35	100

Vemos un predominio de conflictos entre los padres del sujeto y entre cada padre y el sujeto, por ser la figura protagónica en la educación.

El caso 33 ejemplifica claramente este hecho: la madre era alcohólica y constantemente cambiaba de pareja, existía una ausencia completa de la figura paterna y la crianza de los hijos fue completamente delegada en la abuela materna. La casa era el sitio de constantes discusiones entre la madre y sus parejas acudiendo en la mayoría de las ocasiones a la violencia física y verbal al punto de que el sujeto siendo un niño arremete contra uno de sus padrastros y le da un hachazo; el caso 1, en el cual la madre le formaba escándalos al padre de la sujeto

cuando este iba a visitarla y trancaba la puerta de la casa para que no viera a sus hijos ni entrara; el caso 12, donde existían discusiones entre la madre y el padre por celos de ésta, ella lo perseguía y al mismo tiempo el sujeto tenía conflicto con la mamá porque era muy sumisa y pasiva ante el estilo autoritario de la abuela.

Generalmente los conflictos existentes con el padre se deben al método educativo impositivo y autoritario de éste, donde el mismo regañaba mucho al hijo: “era un ogro” (caso 14), no lo dejaba salir a jugar afuera de la casa (caso 18) y lo maltrataba mucho (casos 5 y 29).

Los conflictos entre los padres eran mayormente propiciados por las separaciones o divorcios. La violencia física y verbal era el método más utilizado en la solución de problemas hogareños y los conflictos matrimoniales, siendo fuente en muchas ocasiones de que los niños participaran de estas escenas con el fin de proteger a sus mamás (casos 33, 34).

La existencia de conflictos y métodos educativos hicieron que tres de cada cuatro sujetos vivenciaran sufrimiento en la infancia temprana. Muestras de sufrimientos en los sujetos en esta etapa que se estudia, tenemos el 8 que sufrió las frecuentes discusiones entre su mamá y su tío, y en ocasiones agresiones físicas entre estos; el caso 16 que se sentía la oveja negra de la familia y rechazado por su madre; y el 17, donde antes del divorcio de los padres vivió grandes discusiones entre estos, y al irse la madre de la casa no dejaba que él ni sus hermanos fueran a verla, y cuando alguno lo hacía le daba golpes por eso. Y otros, que vivenciaron sufrimiento por el estilo autoritario y el método educativo impositivo de un familiar.

Tabla 7. Pacientes alcohólicos según conflictos en la infancia

	No.	%
Entre madre y padre	13	37.1
Entre madre e hijo	11	31.4
Entre padre e hijo	9	25.7
Entre hermanos	7	20
Entre sujeto y abuelos	3	8.5
Entre sujeto y padrastro	5	14.2
Entre madre y otros miembros de la familia	3	8.5

Muy asociado a los resultados anteriores observamos que un porcentaje menor de sujetos vivenció felicidad en su infancia en el seno familiar. El 17.2 % solo lo fue en los cumpleaños o el día de los reyes porque le hacían regalos, por lo que se evidenció que la mayoría de los casos fueron felices fuera del ámbito familiar, o sea, cuando iban a jugar o salían a pasear.

Tabla 8. Pacientes alcohólicos según felicidad en la infancia

	Si	
	No.	%
En el ámbito familiar	4	13.8
Solo en los cumpleaños	5	17.2
Fuera del ámbito familiar (salidas y juegos)	20	68.9
Total	29	100

Asimismo existieron en un 68.5 % de las familias pocas diversiones para los sujetos, y estas consistían en: jugar pelota, bañarse en un río y salidas, las cuales también se realizaban fuera del ámbito familiar. Solo en un 20 % de las familias se mostraron muchas diversiones, pero hay que señalar que estas, aunque fueron frecuentes, tampoco se realizaban dentro del hogar, pero sí con algún miembro de la familia.

Tabla 9. Pacientes alcohólicos según diversiones en la infancia

	No.	%
Muchas	7	20
Pocas	24	68.5
Ninguna	4	11.4
Total	35	100

Toda esta dinámica familiar en la infancia temprana de los sujetos, el predominio de métodos educativos empleados por los familiares de tipo impositivo, la presencia de sufrimiento en la mayoría de los casos, la poca vivencia de felicidad y diversiones, favoreció la presencia de temores en el 80 % de los niños, siendo los principales miedos: a la oscuridad (casos 3,12 y 31); a fajarse, a las broncas (casos 2, 22, 33); al futuro (caso 9); a no llegar hacer nada (caso 25); al coco y a los brujos (caso 21) y otros como a los golpes de sus padres (casos 6, 9,19, 30) y a los castigos (casos 13,14,18, 26). Además de temores referidos a perder a su mamá. Como se observa en la tabla 10, la mitad de los casos recibió apoyo de otros familiares que no conviven con la familia de estudio, generalmente de tipo material o económico, por parte de abuelos y tíos. Un 40 % no recibió apoyo de otras personas.

Tabla 10. Pacientes alcohólicos según apoyo social recibido

	No.	%
Apoyo social		
Apoyo de familiares que no conviven con la familia de estudio	19	54.2
Apoyo de otras familias	4	11.4
No recibieron apoyo	14	40

Al agrupar las familias con antecedentes patológicos de alcoholismo, observamos un alto predominio de estas en un 71.4 %, predominando los padres con un 50 %, luego los tíos y en menor medida los primos.

En la mitad de los casos hubo una influencia fue activa y directa, pues estos familiares en alguna ocasión le brindaron bebidas alcohólicas a los sujetos en edades tempranas; tal es el caso 8, que con 12 años sus tíos le decían que tomara que él era un hombre y a los 14 el propio padre le dio un refresco con ron y se “emborrachó”; el caso 18 que a los 10 años sus tíos lo invitaron a tomar y también se embriagó. Vemos como los infantes tenían una clara noción de lo que hacían sus progenitores, el caso 3 afirma “mi mamá siempre se iba para el bar a tomar ron y regresaba borracha, mi abuela era la que se quedaba con nosotros”, de igual forma el caso 2 plantea “mi papá siempre estaba borracho y le daba muchos golpes a mi mamá”.

Sin embargo, teniendo en cuenta la percepción de los sujetos sobre la influencia de su familia temprana en su enfermedad, la mitad de los pacientes alcohólicos considera que su familia no influyó en su alcoholismo en ninguna medida.

Es importante destacar que el 40 % de los casos inició su consumo antes de los 16 años, siendo la adolescencia una etapa peligrosa por sus características peculiares y corroborando lo planteado por la literatura, las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen mayor probabilidad de empezar a beber en la adolescencia y de volverse alcohólicos¹⁹; de igual forma Becoña²⁰ considera que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia temprana y la iniciación real en el consumo comienza para la mayoría de los individuos en la adolescencia.

Tabla 11. Pacientes alcohólicos según edad de inicio del consumo

Rango de edades	No.	%
De 10 a 12 años	4	11.4
De 13 a 16 años	10	28.5
De 17 a 19 años	14	40
De 20 a 30 años	4	11.4
Después de los 30 años	3	8.5
Total	35	100

DISCUSIÓN

En el transcurso de las sesiones con los médicos de familia, lograron reconocer que por sí solos nunca hubieran sido capaces de expresar sus puntos débiles en la atención a pacientes oncológicos en general, aunque muy en su interior lo reconocieran. Este es el resultado de una formación académica en la que existe un discurso en el que se integran los elementos biopsicosociales en el proceso salud-enfermedad, pero que no les permite escapar de lo que culturalmente representa cualquier proceso oncológico. No cuentan al egresar con herramientas para esa integralidad. Los años de trabajo de la autora en la misma institución y por tanto, el *rapport* que ha logrado establecer con la mayoría de los participantes facilitó una expresión espontánea y profunda en las sesiones de intervención.

En la Atención Primaria de Salud y con la concepción de médico de la familia, este grupo social constituye o debe constituir el blanco de las acciones profesionales. Sin embargo ante casos de pacientes oncológicos (y válido para cualquier enfermedad terminal), el médico no logra

reconocer la claudicación familiar como fenómeno con alta probabilidad de presentarse, por tanto se afecta la calidad de la atención a la diada paciente-familia.

Lo sucedido en las sesiones de trabajo, está en consonancia con la necesidad de entrenamiento de los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación y en el manejo de las situaciones difíciles y de las propias emociones. Puede reconocerse que con la intervención, lograron habilidades para asumir el proceso desde una mirada a los dos elementos que deben considerar presentes: la paciente y su entorno familiar más cercano. Posterior a las sesiones de grupo, la mayoría de los profesionales consideraron sentir seguridad y confianza ante estas pacientes a partir de mayores herramientas para ese afrontamiento.

Aunque no todo lo necesario, disminuye en términos de frecuencia, la apreciación de los profesionales de sus discrepancias con las familias y con los colegas de la atención secundaria. Esto no depende de la intervención sin embargo producto de esta, se refiere el logro de habilidades comunicativas y salidas asistenciales que se erigen como apoyo efectivo para las múltiples demandas de pacientes y familiares.

En la comunicación no se esperaban cambios radicales, por eso hay satisfacción en la autora por lo referido por los propios participantes en la intervención. Este es un proceso muy complejo para todos los implicados en la atención a pacientes oncológicos en general. Dar el diagnóstico de una enfermedad de este tipo e informar durante todo el proceso, es una de las situaciones más arduas referidas en la atención primaria de salud, por todo el compromiso emocional que se establece con los pacientes, con quienes prácticamente se convive día a día en el escenario de vida comunitario, en el que está incluido el profesional de la salud en su consultorio residencia. En los Programas docentes de Pregrado de la carrera de Medicina en la Universidad Médica de Cuba, no aparece en ninguna de las asignaturas, elementos que le permitan al egresado sentirse con herramientas para afrontar situaciones difíciles en la comunicación con pacientes con estos diagnósticos y sus familias. Sólo en segundo año, en la asignatura Psicología Médica II, aparece el tema de la entrevista con peso específico importante. En teoría brinda elementos importantes, pero no incluye espacios de práctica para desarrollar estas habilidades en el futuro ejercicio de la profesión.

En los programas de formación del Especialista en Medicina General Integral (MGI) en Cuba, se incluye el tema de atención integral a pacientes con enfermedad terminal, con el propósito de lograr una atención de mejor calidad para estos pacientes,¹ pero tampoco se logra desarrollar habilidades, enfrentando al residente en actividades prácticas, a la situación de comunicar. Esta es una realidad en el pregrado y posgrado compartida con países de diferentes latitudes y así está expresada en la literatura sobre el tema.^{7,9,10}

Se puede concluir expresando que con la intervención realizada se lograron cambios significativos en la percepción que los profesionales refirieron de la enfermedad oncológica. De

una visión negativa de la enfermedad, similar a la que se tiene popularmente e incluso con reacciones emocionales también negativas, a poder ellos mismos reconocer mayor seguridad y confianza en sus posibilidades profesionales en el intercambio con pacientes portadores de enfermedad oncológica.

Dentro de las situaciones difíciles para ellos, logran cambios significativos en aquellas factibles de modificar por la intervención como es el caso de poder reconocer el fenómeno de la claudicación familiar y factores de riesgo para su aparición, así como la posibilidad de tener acciones médicas que permitan prevenirlo en lo posible o minimizar la intensidad de sus consecuencias.

La enfermedad continúa teniendo impacto emocional en el profesional, pero lograron considerarla un reto, que asumen con la vivencia de estar mejor preparados por contar con posibilidades de afrontamiento integral que le permiten comunicarse mejor con pacientes y familias.

La intervención desarrollada constituye un aporte para minimizar el déficit desde lo académico de estos profesionales, en entrenamientos en habilidades de comunicación, básicos en el desempeño de su rol, sobre todo ante pacientes oncológicos.

ANEXO 1 - ENTREVISTA

- 1- ¿Cuál era el nivel socio-económico de su familia en la infancia?
- 2- ¿Qué personas han vivido con usted en su infancia y en la casa de sus padres?
- 3- ¿Cómo eran las relaciones entre los miembros de su familia?
- 4- ¿Cómo eran sus padres?
- 5- ¿Cuál era actitud de cada uno de sus padres hacia usted?
- 6- ¿Cuál fue la educación de su casa? ¿Qué medios utilizaron?
- 7- ¿Conversaban mucho con usted sus padres?
- 8- ¿Han existido preferencias o apegos? ¿Cuáles, de qué tipo?
- 9- ¿Cuántos hermanos tiene? Dígame el orden de nacimiento.
- 10- ¿Cómo han sido las relaciones con sus hermanos?
- 11- ¿Cómo valora las relaciones de sus padres hacia usted y hacia sus hermanos?
- 12- ¿Han manifestado preferencias?
- 13- ¿Cuál de sus hermanos es su preferido? ¿Por qué?
- 14- ¿Rechaza a alguno? ¿Por qué?
- 15- ¿Se comunicaban mucho sus hermanos entre sí y con usted?
- 16- ¿Se sentía usted superior o inferior a sus hermanos?
- 17- ¿Se separaron o se divorciaron sus padres?

Si la respuesta es afirmativa, se le pregunta:

¿Cómo eran las relaciones entre sus padres después del divorcio?

¿Cómo fue la relación de usted con su padre o su madre (el que se fue de la casa) después del divorcio?

18- ¿En qué medida su familia satisfacía sus necesidades económicas, de afecto, de seguridad, de reconocimiento? (Preguntar cada necesidad en forma separada)

19- ¿Cuáles eran los conflictos existentes en su familia?

20- ¿Recibió su familia y usted apoyo? ¿En qué momento? ¿Por parte de quién?

21- ¿Cómo afrontaba su familia los problemas, conflictos y situaciones cotidianas? ¿Cómo afrontaba su familia los problemas de usted? ¿Cómo afrontaba usted mismo sus problemas?

22- ¿Cómo era usted en su infancia?

23- ¿Tiene algunas experiencias positivas, agradables que pudiera recordar? ¿Puede contarme tres?

24- ¿Algunas experiencias negativas que recuerde y pueda contarme? Al menos tres.

25- ¿Qué importancia tiene su infancia en su vida actual?

26- ¿Qué importancia tiene la adolescencia en su vida actual? Circunstancias nuevas.

27- ¿Algún miembro de su familia consumía drogas o alcohol en su infancia y adolescencia?

¿Influyó esto en usted en alguna medida?

28- ¿Considera que su familia influyó en alguna medida en su consumo de bebidas alcohólicas?

ANEXO 2 - COMPLETAMIENTO DE FRASES (SOBRE LA INFANCIA)

"Complete estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones, pensando en su infancia. Trate de completar todas las frases".

1- Mi infancia _____

2- Me molestaba _____

3- El tiempo más feliz _____

4- A la hora de acostarme _____

5- Mi madre _____

6- Mi mayor temor _____

7- Sufría _____

8- La felicidad _____

9- Yo necesitaba _____

10- En el hogar _____

11- Las diversiones _____

12- Yo secretamente _____

13- Los conflictos _____

14- Mis hermanos _____

- 15- Mi problema principal _____
- 16- La comunicación _____
- 17- Yo prefería _____
- 18- Mi padre _____
- 19- El matrimonio _____
- 20- Mi deseo _____
- 21- Mi familia _____
- 22- El divorcio _____
- 23- Yo _____
- 24- Mis abuelos _____
- 25- Mi preocupación _____
- 26- Mi opinión _____
- 27- Las separaciones _____
- 28- Cuando era niño(a) _____
- 29- Me elogiaban _____
- 30- Me castigaban _____
- 31- Hubiera querido que _____
- 32- El cariño _____

ANEXO 3 -CUESTIONARIO CAGE

SI

NO

1. ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?
2. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez disgustado o culpable por su forma de beber?
4. ¿Alguna vez ha tomado un trago, en la mañana, para calmar sus nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacherrres N. La familia. [Internet] [Consultado May 2008]. Disponible en: [//www.monografias.com/trabajos38/disfuncion-familiar/disfuncion-familiar2](http://www.monografias.com/trabajos38/disfuncion-familiar/disfuncion-familiar2)
2. Arés Muzio P. Psicología de la Familia. La Habana: Editorial Félix Varela; 2002.
3. Louro I. Modelo teórico – metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria [tesis]. Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.

4. Vasallo N. Desviación de la conducta social. En Curso de formación de trabajadores sociales. Selección de Lecturas sobre Psicología. La Habana; 2000: 29-32.
5. Pumar B, Ayerbe A, Espina A, García E, Santos A. Percepción del clima familiar en toxicómanos. Anales de Psicología. 1995; 11(2):143-52.
6. Santos MR. Família de alcoolista: o retrato que emerge da literatura [Internet]. 2008 [consultado 15 Jun 2008]. Disponible en: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/file/5090/>
7. Alazraki C. La dinámica familiar en familias con un miembro alcohólico [Internet]. 2006 [consultado 7 Mar 2011]. Disponible en: http://www.ametep.com.mx/aportaciones/2006_abril_alazrak
8. Espino G. Comunicación familiar y adicciones [Internet]. 2008 [consultado 8 Oct 2008]. Disponible en: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0761-70.pdf>
9. Tulio M. A família e o alcoolismo. Revista Symposium. [Internet]. 2000 Dic [consultado 8 Oct 2008]; 4: 61-3. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Alcoholismo>
10. Margarita M. Síndrome de hijos adultos de alcohólicos [Internet]. [consultado 18 Jun 2008]. Disponible en: <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2004/diciembre/12-diciembre-2004/opinion/opinion-20041212-04.html>
11. González R. Usted puede... Prevenir, detectar y vencer las adicciones. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2005.
12. Díaz Y. Drogadicción en la adolescencia, una mirada hacia la familia [tesis]. Cuba: Facultad de Psicología, Universidad de la Habana; 2003.
13. Díaz JA. Alcoholismo y recaídas. Apreciaciones de pacientes y familiares [tesis]. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas, 10 de Octubre, La Habana; 2011
14. Sandoval JE. Algunos factores psicosociales en un grupo de familias con miembros alcohólicos [tesis]. Cuba: Facultad de Psicología, Universidad de la Habana; 2001.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión **10** (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Editorial Meditor; 1994.

16. American Psychiatric Association(APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) 4a ed. Washington, Masson, 1994.
17. Alonso A, Cairo E, Rojas R. Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas. La Habana: Félix Varela; 2005.
18. Alonso A. Fatores que favorecem a recaída no alcoolismo. Uma proposta para sua prevenção. Informe final de investigación. Brasil: Universidad Federal de San Juan del Rey; 2007.
19. Introducción al alcoholismo [Internet]. 2006 [consultado 4 May 2008]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>
20. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid, España: Ministerio del interior. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/alcoholismo/alcoholismo.shtml>

Recibido: 06 de septiembre de 2013

Aceptado: 03 de noviembre de 2013

Armando Alonso Álvarez. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: armandoa@psico.uh.cu