

Funcionamiento familiar desde la percepción del paciente alcohólico y sus familiares

Perception of family functioning is different in patients and families

Lic. Mónica Rodríguez Noy
La Habana, Cuba.

RESUMEN

El alcoholismo es una enfermedad que afecta al individuo y su familia, pudiendo causar disfuncionabilidad familiar, que puede ser percibida de manera distinta por los miembros del núcleo. Por esto, se decide realizar una investigación con el objetivo de describir semejanzas y diferencias surgidas de la evaluación que realizan pacientes alcohólicos y familiares de su funcionamiento familiar. Se hizo un estudio descriptivo transversal, con una muestra conformada por 18 pacientes alcohólicos que ingresaron en el servicio de adicciones del CENSAM en el año 2012 en los meses de enero a mayo, y 18 familiares. Se aplicaron las pruebas: FF-SIL, Ubicación familiar; Autovaloración familiar, de los Rostros y una entrevista para evaluar el cumplimiento de las funciones de la familia. Los resultados más relevantes fueron que la percepción del funcionamiento familiar es diferente en los pacientes y familiares, pues la mayoría de los pacientes perciben que conviven en familias con riesgo de disfuncionabilidad y la mayoría de los familiares consideran que conviven en familias disfuncionales. En todas las familias existe una crisis paranormativa por problemas de salud de uno de sus miembros con alcoholismo, y el afrontamiento de las crisis normativas ha estado mediado por esta enfermedad. Los familiares hacen una evaluación con mayor precisión y nivel crítico de los daños que ocasiona el alcoholismo en la familia, y vivencian sentimientos y emociones negativos con más intensidad y frecuencia que los pacientes. Tanto pacientes como familiares consideran que viven en familias sin cohesión.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, pacientes alcohólicos, familias disfuncionales, familiares de pacientes alcohólicos.

ABSTRACT

Alcoholism is a disease that affects the individual and their family, which may cause disfuncionabilidad family, which may be perceived differently by members of the core. Therefore, it was decided to conduct an investigation in order to describe similarities and differences you encountered performing the assessment family functioning family and alcoholic patients. A cross-sectional descriptive study in a sample of 18 alcoholic patients who entered the service CENSAM addictions in 2012 in the months of January to May, and 18 families were made. Tests were applied: FF-SIL, family location; Family Self-Assessment, the Faces and an interview to assess the performance of the functions of the family. The main results were that the perception of family functioning is different in patients and families, as most patients perceive that live in families at risk of disfuncionabilidad and most consider the relatives who live in dysfunctional families. In every family there is one para-regulatory crisis health problems of one of its members with alcoholism and coping with normative crisis has been mediated disease. Relatives do a more accurate assessment and critical level of harm caused by alcoholism in the family, and negative feelings and emotions vivencian more intensely and frequently than patients. Patients and families feel they live in families with no cohesion.

Keywords: Family functioning, alcoholic patients, dysfunctional families, families of alcoholic patients.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una investigación con el objetivo general de describir semejanzas y diferencias surgidas de la evaluación que realizan pacientes alcohólicos y familiares, de su funcionamiento familiar con los siguientes objetivos específicos:

1. Caracterizar las familias según la estructura y la etapa de desarrollo.
2. Comparar el funcionamiento familiar según la percepción del paciente alcohólico y su familia.
3. Valorar el comportamiento de la dimensión psicoafectiva según la percepción del paciente alcohólico y del familiar.

El tipo de investigación fue descriptivo transversal con una perspectiva metodológica cuantitativa.

La muestra quedó constituida por 36 sujetos, de los cuales 18 son pacientes alcohólicos del sexo masculino y 18 familiares de los mismos (de ambos sexos).

La recogida de la información se llevó a cabo por la investigadora mediante la aplicación a los pacientes y familiares de los siguientes instrumentos:

1. Prueba de evaluación del funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas FF-SIL. (1) Esta técnica mide la dinámica de las relaciones internas de la familia en 14 ítems. Las categorías a evaluar con la aplicación de esta prueba son: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad. El diagnóstico del funcionamiento familiar según la puntuación total de esta prueba es de: Familia Funcional; Familia Moderadamente funcional; Familia Disfuncional; Familia Severamente disfuncional.
2. Prueba de ubicación familiar. (2) Esta es una técnica proyectiva donde se utiliza el método gráfico, que aporta información acerca de las uniones y separaciones en el ámbito familiar, según la percepción de un miembro. En esta prueba el sujeto se ubica en el círculo que considera corresponde a su posición en la familia y ubica también al resto de la familia según su criterio. Como resultado de la prueba se obtienen tres categorías: Familia cohesionada con el paciente; Familia cohesionada sin el paciente; Familia sin cohesión.
3. Prueba de autovaloración familiar (Escala Dembo-Rubinstein). Esta técnica consta de una escala donde el individuo ubica a su familia en función de la percepción que tenga de la misma, teniendo en cuenta su proximidad o lejanía con los extremos señalados (mejores o peores familias). Posteriormente responde las preguntas: ¿Qué le falta a su familia para llegar a las mejores? ¿Qué habría que hacer para resolver lo que le falta? ¿Cuáles son las mejores familias? A toda la información que se obtiene se le realiza el análisis de contenido. La valoración puede ser adecuada, o inadecuada por subvaloración o sobrevaloración.
4. Prueba de los rostros: En esta técnica los individuos deben señalar cuál de los rostros es más representativo de las emociones predominantes en su familia (indiferencia, angustia, tristeza, alegría, roña/rabia, ironía/hostilidad) señalando en una escala la frecuencia con que estas emociones aparecen (siempre, con frecuencia, pocas veces o nunca). Posteriormente el sujeto describe los acontecimientos que producen esas emociones en su familia, a lo que se le aplica el análisis de contenido.
5. Entrevista. La primera parte de la entrevista se diseñó para recoger los datos referentes a la caracterización de la familia en cuanto a estructura y etapa de desarrollo por la que está transitando (3), y la segunda parte para recoger los datos pertinentes al cumplimiento de las funciones de la familia.(4)

6. Revisión de Historias Clínicas: se utilizó para obtener más información y/o corroborar algunos datos extraídos de los instrumentos aplicados.

Se aplicaron todas las técnicas al 100% de los sujetos escogidos.

RESULTADOS

La distribución de los pacientes según sexo, edad, edad de inicio del consumo, años de consumo, nivel educacional y ocupación fue:

La mayoría de los pacientes de la muestra son del sexo masculino, lo que coincide con los resultados de otras investigaciones donde la mayor cantidad de personas afectadas con el alcoholismo son de este sexo, aunque en la literatura consultada se plantea que se ha incrementado el consumo de alcohol entre las mujeres durante el periodo más reciente, pasando la proporción entre hombres y mujeres bebedoras de una relación de 15/1, a valores de entre 6-8/1. (5)

Los grupos de edades más afectados fueron de 41 a 50 años y el de más de 50 años lo que demuestra que en el alcoholismo, a pesar de ser una enfermedad de larga duración, crónica, con muchas complicaciones, las personas acuden a pedir ayuda tardíamente, porque no perciben que están enfermos y por la desinformación en cuanto a la enfermedad. (6)

El 39% de los sujetos comenzaron el consumo antes de los 16 años y el 50 % de 16 a 20 años. Esto coincide con la literatura consultada, (5) donde se plantea que cada vez el inicio del consumo de bebidas alcohólicas se presenta a edades más tempranas, planteándose un comienzo entre los 12 y 15 años.

Por otra parte, el 50% de los sujetos tienen entre 31 y 40 años de consumo, lo que indica que el consumo de bebidas alcohólicas ha formado parte del estilo de vida de estas personas durante la mayor parte de sus vidas, coincidiendo con lo que plantea el Dr. Ricardo González al exponer que la mayoría de los pacientes reclaman ayuda médica luego de muchos años de padecer la enfermedad. (6)

La mayor cantidad de los pacientes (quince de ellos) tienen un nivel educacional de 12 grado o técnico medio pero no es posible establecer una relación entre el alcoholismo y el nivel escolar de los sujetos de esta muestra,

producto de que en la población cubana este es el nivel escolar que predomina. (7) El comportamiento de los sujetos en cuanto a la ocupación laboral es similar en las diferentes categorías planteadas, lo que refuerza lo descrito en la literatura donde se plantea que los pacientes alcohólicos pueden tener niveles educacionales altos y que en muchos casos conservan su empleo. (8)

La agrupación de los familiares se realizó según el parentesco y se encontró que el grupo que mayor cantidad de familiares tiene es el de los hijos, ya que al tener la gran mayoría de los pacientes más de 50 años, los hijos, en esta etapa, asumen muchas funciones que anteriormente les correspondían a los padres. Es de destacar, que sólo se tuvieron en la muestra de familiares cuatro esposas, ya que la mayoría de los pacientes no presentan parejas estables o han perdido su matrimonio por problemas relacionados fundamentalmente con el consumo de bebidas alcohólicas, lo que fue referido por los familiares. Esto último coincide con la literatura especializada debido a que los alcohólicos tienen, uno de los porcentajes más altos de separación matrimonial y de divorcio. (9)

Teniendo en cuenta la caracterización de las familias encontramos que en la muestra predominaron las familias pequeñas (nueve familias). En relación con la ontogénesis de la familia, la mayoría son familias nucleares (nueve familias), mientras que teniendo en cuenta el número de generaciones hay predominio de las familias bigeneracionales (ocho familias).

Analizando la distribución de las familias según las crisis familiares ocurridas se obtuvo que el afrontamiento de las crisis normativas: adolescencia, nacimiento de un nuevo miembro de la familia, y problemas de salud de los padres, ha estado mediado por el problema de alcoholismo, lo que coincide con la literatura estudiada donde se expone que el alcoholismo no sólo afecta al

sujeto enfermo, sino que la afectación se expande hacia el núcleo familiar. (10) En cada una de las familias existe una crisis paranormativa por problemas de salud de uno de sus miembros con alcoholismo, la cual lleva muchos años de evolución y no se ha logrado reestructurar debido a que el consumo se mantenía hasta el ingreso.

Al realizar la comparación de la percepción de paciente y familiares en cuanto a la dinámica de las relaciones internas por el FF-SIL encontramos : El 56% de los pacientes perciben que su familia es moderadamente funcional y el 22% considera que sus familias tienen un funcionamiento óptimo, lo que podría estar vinculado con la poca crítica de la enfermedad, la falta de percepción de los daños que ocasiona el consumo, además de no tener en cuenta la afectación que causa su enfermedad en el contexto familiar. Por el contrario, ningún familiar consideró que vivía en una familia funcional, lo que es consistente con la literatura revisada, donde se plantea que al existir comportamientos inadecuados ante el alcohol, el primer sistema que se enferma, sufre y se da cuenta de que algo está funcionando inadecuadamente es la familia, y son los familiares los que vivencian las consecuencias del consumo con mayor fuerza, sobre todo en las fases más avanzadas del consumo. (10) Es por esta razón que el 61% de los familiares consideraron a sus familias como disfuncionales.

Teniendo en cuenta la comparación de la percepción de paciente y familiares en cuanto las variables de la dinámica de las relaciones internas del FF-SIL hallamos que existen diferencias en la percepción de pacientes y familiares. Mientras que los pacientes señalan como más afectadas la adaptabilidad y permeabilidad, las que tienen que ver con la percepción del apoyo social, la flexibilidad ante los cambios familiares y búsqueda de ayuda en momentos o situaciones que son de vital importancia para la familia, los familiares consideran que las variables afectividad, roles y armonía son las más afectadas. El familiar tiene la percepción de que no se vivencian y demuestran sentimientos y emociones positivas unos a los otros, no se cumplen las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar, y hay discrepancia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia.

En general las puntuaciones obtenidas por las variables según los criterios de los pacientes fueron superiores a las evaluaciones de los familiares lo que evidencia mayor afectación percibida por familiares. Es de destacar que la variable adaptabilidad fue la peor evaluada por los pacientes y la mejor evaluada por los familiares, lo que demuestra que la percepción sobre esta problemática es diferente para unos y otros.

En cuanto a la evaluación de las funciones de la familia no existen similitudes entre las percepciones de los pacientes y los familiares. Mientras que la opinión de los pacientes es que las funciones familiares se cumplen bien o moderadamente, la mayoría de los familiares plantean que dichas funciones no se cumplen. Los pacientes consideran que la función más afectada es la cultural, sobre todo por no existir buena comunicación entre los miembros de la familia y producirse discusiones relacionadas con el consumo de alcohol, mientras que los familiares consideran que todas las funciones de la familia están afectadas.

Al comparar el funcionamiento familiar teniendo en cuenta la integración del FF-SIL y las funciones de la familia se encontraron diferencias entre los pacientes y sus familiares.

Funcionamiento familiar integral

Funcionamiento familiar integral			
	Familia funcional	Familia con riesgo de disfuncionabilidad	Familia disfuncional
Pacientes	4	10	4
Familiares	-	5	13

Cuatro de los pacientes consideraron a sus familias funcionales, pero ningún familiar consideró a su familia en esta categoría por lo que la valoración de los familiares es mucho más negativa. Mientras que trece familiares tienen la percepción de que sus familias son disfuncionales, solo cuatro pacientes las consideran de esta manera, lo que coincide con la opinión del Doctor Ricardo González, quien plantea que el sufrimiento de los seres queridos es mucho más intenso que el de los propios pacientes, lo que en fases más avanzadas de la enfermedad es mucho más evidente. (10)

En la dimensión Psicoafectiva cuando comparamos las emociones que predominan en las familias según la percepción de los enfermos y sus familiares encontramos Semejanzas:

- Las emociones que predominan en las familias según la opinión de pacientes y familiares son la tristeza seguida por la angustia.
- Los pacientes se culpan por los daños que ocasiona el alcoholismo a la familia, y los familiares también lo culpan a él.
- La emoción que menos predomina es la ironía-hostilidad que alcanzó similares puntuaciones tanto en pacientes como en familiares.

Diferencias:

- Aunque las emociones que predominan en la familia, fueron tristeza y angustia, catorce pacientes expresaron que existía tristeza, lo que fue inferior a la cantidad expresada por los familiares (dieciocho), pues mientras los pacientes refirieron la tristeza en sus hogares, siempre, con frecuencia o pocas veces, el total de los familiares la consideraron como presente siempre o con frecuencia.
- Los sujetos enfermos sólo consideraron la tristeza en sus hogares por el daño que ellos mismos ocasionan a la familia, mientras que los familiares, se refirieron a esta emoción, por ver como el paciente acababa con su vida, así como al percibir y evaluar todas las pérdidas que iba teniendo el paciente y al valorar el daño que este ocasionaba con el consumo a los familiares y la familia como sistema.
- Mientras la alegría aparece en opinión de los cinco pacientes en sentido positivo, la totalidad de los familiares la declararon en sentido negativo (pocas veces o nunca).
- Los familiares señalan la razón o causas de la ocurrencia de las emociones negativas de forma más explícita, siendo más evasiva en las respuestas de los pacientes.
- Los familiares asocian las situaciones que existen actualmente en sus familias con sentimientos negativos, mientras que los pacientes perciben aún en su núcleo familiar sentimientos positivos.

Se encontraron similares resultados en la percepción de la unión familiar por pacientes y familiares. Se destaca como grupo mayoritario el de familia sin cohesión, por lo que unos y otros consideran que en sus familias se encuentran desunidas.

La percepción entre pacientes y familiares es diferente con respecto a la autovaloración familiar, lo que se evidencia porque:

- - Diecisiete pacientes ubicaron a sus familias en la mitad superior de la escala, mientras que sólo tres familiares ubicaron a sus familias en esta posición, lo que evidencia una sobrevaloración de las familias por parte de los pacientes, mientras que los familiares tienen una percepción más objetiva de las dificultades que existen en el núcleo familiar.
 - Los dos grupos expresaron que la dinámica de la familia gira en torno al sujeto alcohólico y a las conductas que este trae al hogar, exponiendo en la mayoría de los casos, que lo que falta a la familia para llegar a ser de las mejores es que el sujeto alcohólico se recupere.
 - Los familiares consideran que eran necesarios algunos factores para que sus familias fueran mejores como: comunicación, aceptación, armonía, tranquilidad y respeto; los cuales no fueron mencionados por los pacientes.
 - La mayoría de los pacientes consideraron que lo que habría que hacer para resolver las cosas que falta para que las familias sean mejores es esfuerzo sólo del paciente viendo la rehabilitación como algo individual, pero la mayoría de los familiares consideraron que era necesaria la unión de la familia con el paciente enfermo.

- Los familiares consideraron que existen dos componentes que tienen las mejores familias: tranquilidad y no tener miembros alcohólicos, los cuales no aparecieron en las respuestas de los pacientes.

Los problemas y dificultades que ocasiona el alcoholismo son vivenciados de manera muy negativa por los familiares, no ocurriendo de la misma manera en los pacientes alcohólicos, los cuales no tienen una idea exacta del gran daño que ocasionan a los que conviven con él.

La elaboración personal de las experiencias de los familiares es más elaborada y estructurada con respecto a los daños que el alcoholismo causa en su familia que la elaboración personal de los pacientes.

CONCLUSIONES

- Predominaron en la muestra las familias pequeñas, nucleares y bigeneracionales, en las que prevaleció la etapa del ciclo vital extensión-contracción.
- En cada una de las familias estudiadas existe una crisis paranormativa por problemas de salud de uno de sus miembros con alcoholismo, y el afrontamiento de las crisis normativas ha estado mediado por esta enfermedad.
- La mayoría de los pacientes perciben que conviven en familias con riesgo de disfuncionabilidad, con afectación en la permeabilidad y adaptabilidad familiar, mientras que la mayoría de los familiares consideran que conviven en familias disfuncionales con afectaciones en la afectividad, roles y armonía.

En la dimensión psicoafectiva los familiares hacen una evaluación con mayor precisión y nivel crítico de los daños que ocasiona el alcoholismo en la familia, y vivencian sentimientos y emociones negativos con más intensidad y frecuencia que los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De la Cuesta D, Pérez E, Louro I, Bayarre H, Un Instrumento de Funcionamiento Familiar para el Médico de la Familia. Revista Cubana de Medicina General Integral, 1996; 24.
- Álvarez Sintes, R. y otros, Temas de medicina general integral. Volumen 1 Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2001.
- Grupo asesor metodológico de estudios de salud de la familia, Manual para la intervención en la salud familiar. Ministerio de Salud Pública, 2000: 12-20.
- Álvarez Sintes, R. y otros, Temas de medicina general integral. Volumen 1 Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2001.
- Martínez Canals, E., Un acercamiento a la problemática del alcoholismo en la sociedad cubana actual. Entrevistas al Dr. Ricardo González, Centro de Referencia para el Tratamiento del Alcoholismo y otras Drogas, Hospital Psiquiátrico de La Habana; Grupo Nacional para el Tratamiento del Alcoholismo y otras Toxicomanías. Departamento de Psicología y Sociología del CIPS, Ciudad de la Habana, 2001.
- González Menéndez, R., Clínica terapéutica de las adicciones para el médico general. Editorial Oriente. Santiago de Cuba. 2002
- Anuarios Estadísticos de la Oficina Nacional de Estadística. EN: Martínez Canals, E., Un acercamiento a la problemática del alcoholismo en la

- sociedad cubana actual. Departamento de Psicología y Sociología del CIPS, Ciudad de la Habana, 2001
- Muracén Disotuar, I y otros, Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001.
 - González Menéndez, R., El alcoholismo y su atención específica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993.
 - González Menéndez R.. Clínica terapéutica de las adicciones para el médico general. Editorial Oriente. Santiago de Cuba; 2002.
-

Mónica Rodríguez Noy. La Habana, Cuba. Correo electrónico: monicarn@infomed.sld.cu

