



# TRABAJO FIN DE GRADO

## **LA SOMBRA DEL ALCOHOLISMO: Necesidad de una intervención enfermera para un buen abordaje familiar.**

---

Revisión Narrativa

**Autoría: Silvia Martín Martínez.  
Tutoría: D<sup>a</sup> María Luisa Cid Galán.**

**MAYO 2014**

---

## **AGRADECIMIENTOS:**

- A mi Tutora/ Profesora D<sup>a</sup> María Luisa Cid por su esfuerzo, dedicación, paciencia y ánimo sin las cuales no habría sido posible la realización del presente trabajo. Así mismo, por guiarme y apoyarme a lo largo de esta carrera de obstáculos que ha sido el Grado de Enfermería ya que para mi formación ha sido determinante.
- A los profesionales de enfermería de los Centros de Atención Primaria de Rosa de Luxemburgo (S. S. de los Reyes), Legazpi (Madrid) y Tres Cantos I (Tres Cantos), por sus opiniones, apoyo para la realización del presente trabajo y por la información facilitada.
- A la Asociación Cultural de Alcohólicos de Alcobendas por abrirme sus puertas y volcarse en facilitarme información y documentación.
- Al profesor D. Manuel Vera Cortés que desde hace años me contagió su pasión y vocación por la Enfermería Familiar y Comunitaria, siendo determinante para la elección de la temática del presente trabajo y mi inquietud por la salud familiar.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS:**

<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>244</b>
<b>ANÁLISIS Y RESULTADOS:</b>	<b>255</b>
Familia y Salud Familiar	255
Características de las Familias con Problemas de Alcohol	29
Abordaje Multidisciplinar de las Consecuencias del Alcoholismo	34
Ansiedad	355
Violencia y Malos Tratos	36
Depresión	40
Alcoholismo como Técnica de Evitación	444
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>466</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>488</b>
<b>ANEXOS:</b>	<b>533</b>
Anexo 1: Cuadro con Palabras Clave y combinación de palabras para la búsqueda.	53
Anexo 2: Cuadro de Selección de Documentación.	54

**RESUMEN:**

**OBJETIVO:** Identificar los efectos o las consecuencias del alcoholismo en la familia y la necesidad de una intervención enfermera para un buen abordaje familiar.

**MÉTODOLÓGIA:** Revisión Narrativa para la que se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud como Pubmed, Cinahl, Cuiden, Scielo y Teseo, así como sitios web del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo. Para la búsqueda se utilizaron términos como “alcoholismo”, “alcohol” y “adicción” entre otros, y se seleccionaron para el desarrollo 14 artículos de investigación y 25 textos de literatura gris.

**RESULTADOS:** El alcoholismo es una enfermedad presente en la sociedad española actual que produce consecuencias en el individuo que la padece y también sobre su núcleo familiar. En la actualidad los problemas familiares derivados del alcoholismo se tratan de forma individual sin mantener un nexo de unión con el problema desencadenante.

**CONCLUSIONES:** En el alcoholismo es necesaria una atención holística y tridimensional, esencia de la enfermería, tanto del enfermo como de su familia, para abordar la enfermedad y sus consecuencias derivadas, contando siempre con la interrelación entre los problemas familiares y su problema de origen.

**PALABRAS CLAVE:** Alcohol, alcoholismo, dipsomanía, adicción, dependencia alcohólica, familia, crisis familiar, consecuencias, efectos, salud familiar.

**ABSTRACT:**

**OBJETIVE:** To identify the effects or consequences of alcoholism in the family and the need for nursing intervention for a good family approach.

**METHODOLOGY:** Narrative Review for which there has been a literature search databases Health Sciences as Pubmed , Cinahl , Cuiden , SciELO and Teseo, as well as websites of the Ministry of Health and the National Institute on Drug Abuse Alcohol and Alcoholism. For search terms such as "alcohol", "alcohol" and "addiction" among others, were used and were selected for development 14 research articles and 25 gray literature texts.

**RESULTS:** Alcoholism is present in the current Spanish society that produces consequences on the individual who has it and also about their family. Today the family problems of alcoholism are treated individually without maintaining a link with the trigger problem.

**CONCLUSIONS:** alcoholism required a holistic and tridimensional attention, essence of nursing, both the patient and his family, to address the disease and its resulting consequences, always with the relationship between family problems and problem of origin is required.

**KEY WORDS:** Alcohol, alcoholism, dipsomania, addiction, alcohol dependence, family, family crisis, consequences, effects, health family.



## **INTRODUCCIÓN:**

El **alcoholismo**, como cualquier otra dependencia, es una enfermedad. La RAE lo define como “una enfermedad ocasionada por un abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica, caso en el que puede producir trastornos graves y suele transmitir por herencia otras enfermedades, especialmente del sistema nervioso” (1). En 1955 la Organización Mundial de la Salud define el alcoholismo como “un trastorno de orden médico en cuya etiología intervienen factores económicos y sociales”. El alcoholismo por sí mismo no se considera un trastorno mental, pero derivados de éste existen dos tipos de trastornos relacionados con el consumo de alcohol: los trastornos por el comportamiento hacia el alcohol (consumo perjudicial o de riesgo, que se explicará más adelante, y la dependencia alcohólica) y los trastornos inducidos (por efectos directos del alcohol sobre el cerebro, produciendo por ejemplo intoxicación, delirium, abstinencia, amnesia, alteraciones del ánimo...).

Según la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) se considera un **consumo de riesgo** “aquel que implique un riesgo elevado de daños en la salud física, mental y/o social del individuo en un futuro, pero que en la actualidad no son considerados trastornos médicos/psiquiátricos, así como cualquier tipo de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres gestantes, menores de edad y personas que tengan actividades, patologías o tratamientos que desaconsejen totalmente el consumo alcohólico”. Otro tipo de consumo de riesgo según el PNSD es “el patrón de consumo denominado “Bingo Drinking” o “Atracón”, en el que el individuo consume en un periodo corto de tiempo (horas) una cantidad superior a 8 UBEs y realiza este tipo de práctica como mínimo una vez mensualmente”. Pero este criterio de riesgo no será el mismo frente a una enfermedad cardíaca que frente a la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol (ya que no se considerará consumo de riesgo a partir de las mismas UBEs si hablamos de una patología cardíaca que si hablamos de una situación de conducción de vehículos), y no sólo será diferente en función de la situación que esté viviendo el individuo, sino que este criterio también es diferente a nivel mundial (3); para poder definir estos criterios de consumo de riesgo, primero definiremos el término Unidad de Bebida Estándar (UBE), que hace referencia a los gramos de alcohol consumidos; la graduación de las bebidas alcohólicas, es el

contenido de alcohol en 100cc de bebida o el porcentaje de alcohol de la bebida (puede venir expresada en grados o en porcentaje). Como futuros profesionales de la salud nos interesará conocer los gramos de alcohol puro ingerido, que se puede calcular:

$$\text{Gramos de alcohol Ingeridos} = \frac{\text{cc consumidos} \times \text{graduación de la bebida} \times 0,8 \text{ (densidad del alcohol)}}{100}$$

Es decir, un tercio de cerveza (330 cc) tendrá un 4,8% de alcohol (de cada 100cc 4,8cc serán de alcohol) y tendrá 12,7 gr de alcohol puro (2). Aunque con esta fórmula sencilla se obtienen los gramos exactos de alcohol puro, en la actualidad se utiliza el término de UBE para la medición de los gramos de alcohol puro ingeridos; así en nuestro país una UBE equivale a 10 gr de alcohol puro (a diferencia de otros países como Gran Bretaña, donde una UBE = 8 gr de alcohol puro, aquí se empiezan a entrever la diferencia de criterios). Así, 1 UBE será una copa de vino (100cc) o una caña de cerveza (250cc) y 2 UBEs serán 2 copas o 2 combinados (de 50cc) (4).

La **dependencia del alcohol** (o consumo de riesgo o consumo perjudicial) es un conjunto de aspectos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el consumo de alcohol gana un papel prioritario en la vida de un individuo en comparación con el resto de conductas o aspectos que en otros momentos tuvieron un valor mayor para él. Estos aspectos fisiológicos, conductuales y cognitivos producen en el individuo deseo intenso de beber alcohol, dificultad para controlar y/o moderar su consumo, perseverancia del consumo a pesar de sus consecuencias negativas, el consumo gana prioridad no solo frente a otras actividades sino que también frente a las obligaciones del individuo, la tolerancia al alcohol aumenta progresivamente y se produce el síndrome de abstinencia si se detiene el consumo (5).

Una vez definidos estos términos, procederemos a ver las diferencias de los criterios de consumo de riesgo en función de la zona del mundo en que nos encontremos, así por ejemplo, mientras que en Europa el consumo de riesgo será el que exceda de 5 UBEs al día en varones y de 3 UBEs al día en mujeres, en EEUU se considerará consumo de riesgo el que sobrepase las 7 UBEs diarias en varones y las 5 UBEs diarias en mujeres, y por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene un criterio más restringido, considerando consumo de riesgo el que pase de 4 UBEs al día en varones y de 2,42 UBEs al día en mujeres (6).

En 1952 la OMS define a los alcohólicos como “bebedores excesivos cuya dependencia repercutía en su salud física y mental, así como en sus relaciones interpersonales” (8). La dependencia del alcohol se puede ver a través de unos criterios diagnósticos específicos contenidos en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) como son el deseo o impulso irrefrenable de consumir alcohol (deseo insaciable), la dificultad para controlar el consumo (pérdida de control), síntomas somáticos del síndrome de abstinencia cuando disminuye o se detiene el consumo (dependencia física), tolerancia a las bebidas alcohólicas (necesidad de beber cada vez más para obtener los mismos efectos), abandono progresivo de otras fuentes de divertimento ocupándose cada vez un tiempo mayor en el consumo de alcohol (y/o en recuperarse de sus efectos) y por último, tener unas pautas persistentes de consumo a pesar de conocer los efectos negativos y los perjuicios ocasionados por el consumo de alcohol (3).

El consumo de alcohol, los daños que produce y la dependencia que crea en el individuo forman un continuo (desde la total abstinencia a la dependencia no son etapas aisladas e independientes), y los individuos se mueven en ese continuo durante sus vidas (7).

Aunque se pueden encontrar múltiples clasificaciones, en el presente trabajo esta autora se decanta por diferenciar **4 tipos de consumos de alcohol**.

En primer lugar, tendremos un consumo excesivo/abusivo/compulsivo de alcohol o consumo de riesgo de forma habitual (término recomendado por la OMS), por encima de los 60gr/día en los hombres y por encima de los 40 gr/día en las mujeres (6). Este tipo de consumo conlleva consecuencias negativas de tipo crónico y agudas en el individuo derivadas de su dependencia por el alcohol.

En segundo lugar, hablaremos de un consumo excesivo en situaciones aisladas/puntuales, también conocido como “Colocones”, “Atracones”, intoxicación aguda, “Binge Drinking” o episodios de consumo intensivo de alcohol. Se trata de un trastorno temporal que produce alteraciones de conciencia, cognitivas, en la percepción, o en la conducta. Es un tipo de consumo propio de muchos jóvenes en la actualidad, y en estos casos la edad endurece las consecuencias derivadas del consumo de alcohol ya que los jóvenes son más sensibles a sus efectos en ámbitos como la memoria, la conducta y el aprendizaje, porque el consumo intermitente de alcohol causa daños



cerebrales (9, 10). Este tipo de consumo tendrá unas consecuencias negativas agudas (como accidentes, violencia...) derivadas de la intoxicación etílica.

En tercer lugar, podemos hablar de un consumo de pequeñas cantidades de alcohol en momentos de especial riesgo como puede ser el embarazo (ya que tiene efectos teratógenos porque atraviesa la barrera placentaria y produce el Síndrome de Alcoholismo Fetal), la niñez, la adolescencia, con determinadas enfermedades o junto con la toma de medicamentos... Este tipo de consumo también tendrá consecuencias negativas de tipo crónico en el individuo ya que las etapas en las que se produce la ingesta son de especial vulnerabilidad y repercusión en el individuo (9, 10).

En cuarto y último lugar, habrá un consumo aceptable y no peligroso de alcohol, situado en un máximo de 24 gramos/día de alcohol en el hombre y de 16 gramos/día en la mujer (11), que equivale a una bebida al día para la mujer y dos para el hombre (porque el hígado femenino es más sensible al alcohol, tarda más en metabolizarlo). Este tipo de consumo implicará consecuencias beneficiosas a nivel individual, ya que se ha demostrado que el consumo moderado de alcohol reduce la mortalidad asociada a la enfermedad isquémica crónica del corazón, por disminuir el riesgo de aparición. Este efecto beneficioso del alcohol supera los riesgos del consumo alcohólico en la población de mayor riesgo ateroesclerótico como personas de edad avanzada, personas con otros factores de riesgo asociados y personas con problemas coronarios anteriores; pero, por otro lado no está demostrado el beneficio del consumo de alcohol (ni con moderación) en la población general porque aumenta la mortalidad por otras causas y no tiene efecto beneficioso sobre otras enfermedades cardiovasculares, por lo que el consumo de alcohol no es una medida preventiva contra los problemas cardiovasculares (12, 13).

Por otro lado, además de clasificar los tipos de consumo, es preciso clasificar al individuo consumidor, pudiéndose diferenciar **tres tipos de consumidores de alcohol**: el bebedor normal o no problemático (el cual cumple 10 criterios imprescindibles: ser mayor de edad, no estar embarazada ni en periodo de lactancia en caso de ser una mujer, encontrarse en un adecuado estado nutricional, no padecer enfermedades que empeoren o descompensen con el consumo de alcohol, no tener problemas familiares/laborales por el consumo, no embriagarse, no depender del alcohol para tener mayores dotes de comunicación o para pasarlo bien o para estar alegre, no padecer embriaguez atípica, no

consumir bebidas no aprobadas por las autoridades sanitarias y por último, no tener consecuencias negativas para uno mismo ni para los demás debidas al alcohol), el bebedor problemático (que presenta algún problema relacionado con el consumo de alcohol, como complicaciones de salud, problemas familiares, conducción bajo efectos del alcohol o alteraciones de conducta) y por último, el bebedor con consumo perjudicial (que padecerá problemas físicos y/o psicológicos, independientemente del nivel y tipo de consumo que realice).

En cuanto a **las bebidas alcohólicas** las podemos definir como bebidas cuya característica principal es que contienen alcohol etílico (etanol  $C_2H_5OH$ ) y que se clasifican según su modo de producción: pueden ser producidas por fermentación alcohólica como el vino, la cerveza y la sidra, que tienen una graduación alcohólica de entre 4° y 15°, o producidas por destilación de sustancias fermentadas, como los licores, whisky, ginebra, ron, coñac y vodka, que tienen una mayor concentración de alcohol, entre 30° y 50° (14). La mayor o menor cantidad de alcohol en estas bebidas va en función del volumen y concentración del mismo.

Como bien explica Martín Salinas, este tipo de bebidas son un tipo de droga que produce en el individuo que la ingiere desinhibición y euforia y por lo tanto, produce una pérdida de autocontrol, pero no es un estimulante ya que actúa como depresor del SNC, logrando de forma progresiva una inhibición de las funciones cerebrales (15).

La OMS encabeza y lidera el desarrollo de una política mundial sobre el alcohol que fundamenta una serie de estrategias internacionales y nacionales para reducir los problemas relacionados con el consumo de alcohol. El control de la disponibilidad de bebidas alcohólicas es una cuestión de Salud Pública desde que en 1975 en la 28 Asamblea Mundial de la Salud se adoptó una resolución que argumentaba que los cambios en los consumos globales de alcohol de la población influían sobre la salud social y por ello se podían llevar a cabo medidas de limitación del consumo de alcohol. En 1992 la Oficina Regional de la OMS para Europa lanza el Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol (siendo la primera oficina regional de la OMS en lanzar un plan de actuación de ámbito regional sobre el mismo) que fue aprobado por el Comité Regional Europeo de la OMS para estableciendo unas directrices para los Estados Miembros de la Región Europea con el fin de reducir los riesgos para la salud

poblacional y los problemas sociales producidos por el consumo de alcohol. Para conseguir un fulminante impacto de dicho Plan la Oficina Regional Europea de la OMS propone desarrollar políticas saludables que tengan en cuenta la legislación referente al alcohol, la intervención comunitaria, el refuerzo de la asistencia y actividad en los sistemas sanitarios (sobre todo en la Atención Primaria) y el desarrollo de iniciativas como las escuelas promotoras de salud (en marcha en la actualidad).

Un punto de inflexión sin precedentes en el desarrollo de políticas de salud relacionadas con el alcohol en Europa se da en 1995, cuando la Conferencia Europea sobre Salud, Sociedad y Alcohol que se celebró en París certificó la Carta Europea sobre el Alcohol, que confería a los países unos principios éticos y unos objetivos para desarrollar políticas y programas sobre el alcohol y el alcoholismo (respaldada por todos los Estados Miembro de la Región Europea). Así, se marcan 10 estrategias centradas en el consumo de alcohol para mejorar en el ámbito sanitario y económico europeo:

1. Informar sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud, la familia y la sociedad, y sobre las medidas eficaces para prevenir o disminuir los daños, creando programas educativos que abarquen desde la primera infancia de las personas.
2. Promover zonas públicas, privadas y laborales libres de accidentes, violencias y cualquier otra consecuencia negativa secundaria al consumo de alcohol.
3. Establecer leyes que eviten conducir bajo los efectos del alcohol, y hacer que estas leyes sean de obligado cumplimiento.
4. Promover la salud controlando la disponibilidad de las bebidas (por ejemplo, que sean para mayores de edad) y afectar al precio de las bebidas alcohólicas, como por ejemplo con impuestos.
5. Llevar a cabo controles sobre la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y certificar que no haya publicidad específicamente dirigida a los jóvenes.
6. Asegurar el acceso al tratamiento y rehabilitación eficaces, con personal formado, para personas con un consumo de alcohol peligroso o dañino y para sus familias.
7. Fomentar el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en la comercialización de bebidas alcohólicas y ejecutar medidas contra su producción y venta ilegal.
8. Reforzar la capacidad social para responder a los problemas relacionados con el alcohol formando a profesionales de diferentes sectores (como la sanidad, el bienestar social, la educación y el judicial), y promover el desarrollo de la comunidad.

9. Apoyar a las organizaciones no gubernamentales y a los movimientos de autoayuda que promuevan estilos de vida saludables (en concreto los encargados de prevenir o reducir los daños provocados por alcohol).

10. Desarrollar programas sobre el alcohol en los Estados Miembros de la Región Europea, teniendo como referencia la Carta Europea sobre el Alcohol (con objetivos claros e indicadores de resultados, con un control de los progresos realizados y asegurándose la actualización periódica de estos programas a través de la evaluación).

En 2005, en la 58 Asamblea Mundial de la Salud se acoge la Resolución WHA.58.26 sobre los Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, la cual considera que para desarrollar sus objetivos la OMS debe llevar a cabo actuaciones que refuercen la información, a través de apoyos necesarios a nivel mundial y regional, formulando recomendaciones sobre políticas, estrategias e intervenciones eficaces que disminuyan los daños causados por el alcohol, promoviendo actividades para identificar y tratar los trastornos relacionados con el mismo en el marco de la asistencia sanitaria, y aumentar la capacidad de los profesionales sanitarios para actuar en los problemas asociados al consumo nocivo de alcohol de sus pacientes (16).

En septiembre de 2005, se aprobaron las Directrices sobre alcohol en la Región Europea de la OMS en la 55 sesión del Comité Regional de la OMS para Europa, las cuales son una estrategia a largo plazo que crea un marco general para los documentos e instrumentos de la OMS, y a la vez enlazan las formas, medios y los fines de una política eficaz sobre el alcohol (17).

A nivel nacional, la Administración General del Estado se encarga de la regulación legal de los aspectos elementales relacionados con el alcohol y a través del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) ha desarrollado y coordinado diferentes programas de actuación sobre el alcohol.

En la Estrategia del PNSD 2000-2008, aprobada por el Real Decreto 1911/1999 de 17 de diciembre, se establece un análisis previo de actuación y a partir de éste se desarrollan metas y objetivos a conseguir en la próxima década. Dicha estrategia se centra en la prevención de los consumos y sus consecuencias. En 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha un Plan de Acción sobre Drogas hasta 2008, que se centraba en evaluar la Estrategia, para avanzar en el cumplimiento de dichos objetivos.

En la actualidad la nueva Estrategia del PNSD 2009-2016 pretende abordar la salud pública teniendo en cuenta todas las drogas (ya sean de comercio legal o ilegal) y a su vez busca desterrar la normalización del consumo de drogas nacida de su enlace con las actividades de ocio social (18).

A nivel asistencial, el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, establece la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y los procedimientos para su actualización. En él se han descrito en un documento único válido a nivel estatal todas las prestaciones básicas que se deben garantizar para una correcta atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. En ella, se incluyen las actuaciones que deben llevarse a cabo para la prevención y el tratamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol en diferentes ámbitos.

En Atención Primaria, los servicios de atención a la adolescencia llevarán a cabo la anamnesis y consejo sobre hábitos de riesgo para la salud, como el consumo de alcohol (y/o tabaco o sustancias adictivas). Frente a las personas con conductas de riesgo establecidas se llevará a cabo una atención al consumidor excesivo de alcohol, detectándose y cuantificándose su consumo y la frecuencia del mismo, se valorará la dependencia, se dará consejo de limitación/ eliminación de consumo, se valorará la existencia de patologías provocadas por el consumo y se ofertará asistencia sanitaria para el abandono en caso de necesidad.

En el ámbito de la Atención Especializada (principalmente en salud mental) se llevarán a cabo actuaciones preventivas y de promoción de la salud coordinándose con otros recursos sanitarios y no sanitarios, atendiendo al diagnóstico de conductas adictivas, entre ellas, el alcoholismo.

El Ministerio de Sanidad fomenta y promueve medidas eficaces de políticas de alcohol con el Anteproyecto de Ley sobre medidas sanitarias para la protección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores (aunque su tramitación fue suspendida). A nivel de la Atención Primaria la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) ha creado el Programa de Actividades y de Promoción de la Salud (PAPPS) para promover las actividades preventivas en los Centros de Salud (Proyecto cuyo nacimiento comienza en 1986 y cuya última

actualización ha sido en el año 2012), y entre estas actividades se encuentra la creación de la “Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol”, disponible en todas las consultas de Atención Primaria en la actualidad (8,19).

Centrándonos en la **incidencia del problema**, la Región Europea es la que más alcohol consume del mundo, a pesar de que los litros de alcohol puro ingeridos por adulto y año han descendido notablemente desde la década de los 70 (se descendió desde un pico de 15 litros por adulto/año a los 11); según el informe sobre alcohol del año 2007 de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas la mayoría de los europeos consumen bebidas alcohólicas, aunque 55 millones de adultos se abstengan. Centrándonos en la adicción a las bebidas alcohólicas, en 2007 aproximadamente 23 millones de Europeos se encontraban en una situación de dependencia alcohólica (4% de varones y 1% de mujeres) (14).

En cuanto a la incidencia del problema, en España el porcentaje de consumidores de alcohol en el año 2011 fue de 76,7% (contando con consumidores habituales y esporádicos). En cómputo total, cada español ingiere 108 litros de alcohol al año. Esta cantidad implica un aumento del 10% durante el año 2012 en referencia al año 2011, pero por otro lado, el gasto en bebidas alcohólicas sólo ha subido un 0,48% (675 euros por persona), por lo que a través de estos datos se puede ver que el gasto en alcohol se mantiene estable, mientras que el consumo aumenta, lo que significa que en la actualidad se ingiere una mayor cantidad de alcohol, pero bebidas más baratas. Los hombres gastan más dinero en alcohol que las mujeres, 70,48€ al mes frente a los 57,25€ mensuales que gastan las mujeres.

A través del programa EDADES (Encuestas Domiciliarias sobre el Abuso de Drogas en España) del Observatorio Español sobre Drogas se puede comprobar a través de los datos de las encuestas realizadas, cómo desde 1995 a 2007 el alcohol (principalmente) y el tabaco (de forma secundaria) son las sustancias psicoactivas con una prevalencia de consumo más extendida entre la población española comprendida entre los 15 y los 64 años de edad (19).

En España el consumo de alcohol es un hábito ligado a nuestra cultura, por lo que su consumo es habitual en múltiples situaciones sociales de la población. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012 el 38,3% de la población mayor de 15 años



bebe habitualmente (al menos una vez a la semana). El consumo habitual es el doble en hombres (52,4% lo hace al menos una vez a la semana) que en mujeres (25,0%), aunque en los jóvenes se reduce esta diferencia por sexo.

Por lo que se refiere al consumo intensivo de alcohol, el 13,4% de la población mayor de 15 años ha consumido alcohol de manera abusiva al menos una vez en el último año (19,7% de los hombres y 7,3% de las mujeres) (14).

El porcentaje de varones que consume alcohol de forma intensiva/abusiva al menos una vez al mes supera con creces al de mujeres en todos los grupos de edad. La menor diferencia se da entre los más jóvenes y aun así los hombres (11,0%) duplican en frecuencia a las mujeres (5,6%). La mayor prevalencia de consumo intensivo se da en hombres de 15 a 34 años: uno de cada 10 se expone mensualmente a los riesgos del consumo intensivo de alcohol y casi uno de cada 20 lo hace semanalmente (20). De nuevo, gracias al programa EDADES se puede ver de forma retrospectiva cómo desde hace años el consumo de alcohol es mayor en los hombres que en las mujeres.

Para hablar de los **factores etiológicos o causales del alcoholismo** los dividiremos en dos grandes grupos: las causas genéticas y las causas no genéticas o del entorno (factores de vida, ambientales y del comportamiento). Existe una predisposición genética para el desarrollo de la adicción al alcohol, por lo que los hijos de padres alcohólicos tendrán una probabilidad 4 veces mayor de desarrollar dependencia alcohólica que los hijos de padres no alcohólicos. Esta predisposición genética debida a los antecedentes de alcoholismo en la familia se debe a factores relacionados con el efecto del alcohol en el individuo (como los genes del sistema de neurotransmisión GABA, opioide endógeno, dopaminérgico y serotoninérgico del Sistema Nervioso Central que son factores que hacen que el consumo sea muy placentero para el individuo, por lo que favorecen y refuerzan el consumo, o también los genes de la alcohol-deshidrogenasa y la aldehído-deshidrogenasa que intervienen en el metabolismo del alcohol y modifican la aparición de síntomas desagradables cuando se consume, como mareos o náuseas, por lo que favorecen el desarrollo de la enfermedad) y a factores relacionados con algunos trastornos de personalidad (como puede ser el trastorno antisocial y otros trastornos de personalidad que suelen estar presentes en pacientes con dependencia alcohólica y que también tienen una predisposición genética de heredabilidad) (21).

Es decir, en cuanto a las causas no genéticas o del entorno existe una interacción importante. Así, las personas que beben más alcohol o que habitan en lugares donde se consume mucho alcohol presentan un riesgo mucho mayor de tener un consumo de alcohol que pueda llevar a la dependencia alcohólica (es un trastorno sensible al ambiente) (22). El entorno social, los hábitos culturales, la disponibilidad en el mercado, la gran variedad (de tipologías, marcas y precios) y la influencia de la publicidad son factores que favorecen el consumo de alcohol en nuestra sociedad, siendo una época de especial riesgo la adolescencia.

Unido a todo lo citado previamente, en la actualidad, uno de los problemas centrándonos en el territorio nacional es la crisis económica que golpea a nuestro país desde el año 2008, llamada la Gran Recesión o Depresión Económica Española, que también afecta a los niveles de consumo de alcohol en la sociedad. Se considera que un estado económico entra en recesión técnica cuando hay un crecimiento negativo del producto interior bruto (PIB) durante dos trimestres sucesivos; estas crisis económicas que habitualmente están antecedidas por crisis financieras/económicas, aumentan las tasas de desempleo del país y el empobrecimiento de las familias (23).

Al igual que las migraciones, el desempleo es un gran lastre derivado de esta situación de recesión económica que acarrea consigo una serie de efectos a corto y largo plazo que interferirán en la salud poblacional y que como profesionales de la salud tendremos que conocer para poder actuar sobre ellos. Así, entre los efectos a largo plazo podríamos encontrar cambios progresivos en las dietas familiares, disminución en las inversiones en educación y la disminución de la importancia percibida de la salud para la población, entre otros; en cuanto a los efectos a corto plazo podremos encontrarnos con situaciones de estrés, depresión, aumento de alteraciones de salud mental, pobreza y exclusión social, que podrán derivar en un empeoramiento de los estilos de vida, aumento de la delincuencia, aumento del alcoholismo y por último, de los índices de suicidio.

El consumo de alcohol es un factor que deteriora la salud, a pesar de la percepción social existente de que no es una sustancia nociva o peligrosa si no se ingiere en cantidades excesivas. En realidad no existe un patrón de consumo que esté libre de riesgos para la salud del individuo, ya que aunque determinados patrones de consumo

puedan considerarse “saludables” por poseer efectos beneficiosos para una enfermedad determinada (como es la enfermedad isquémica del corazón), todo tipo de consumo de alcohol tendrá también (en mayor o menor medida) factores de riesgo para la salud del individuo, ya que el consumo de una sustancia adictiva siempre implicará un riesgo para el individuo que variará en función de la responsabilidad de éste (6).

Dentro de los efectos que puede producir el consumo de alcohol habrá varios tipos: podrán ser daños físicos, daños mentales o daños sociales. Estas tres modalidades de consecuencias se presentarán combinadas entre sí en función del tipo de consumo.

En cuanto a los **daños físicos u orgánicos** es importante reseñar que el alcohol afecta a todo el organismo. Puede producir trastornos cardiovasculares, como la HTA, la miocardiopatía dilatada (el consumo excesivo de alcohol favorece la dilatación de éste empeorando su bombeo de sangre al organismo), alteraciones del ritmo cardiaco, cardiopatía isquémica (existe una disminución del riesgo de ésta con un consumo medio de 10gr. de alcohol cada 48 horas, lo que equivale a una bebida estándar, como una copa de vino, cada dos días; pasando los 20 gr. diarios de alcohol el riesgo de padecer la enfermedad aumenta y a partir de los 65 años de edad ningún consumo disminuirá el riesgo) y accidentes cerebrovasculares (tanto isquémicos como hemorrágicos).

Otro tipo de trastornos posibles son los digestivos, cuyas molestias llevan en muchas ocasiones al individuo al sistema sanitario para tratarse, por lo que son trastornos a tener en cuenta para el diagnóstico precoz del Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA); dentro de estos trastornos tenemos problemas en la orofaringe (cáncer de boca, de lengua, de labio, gingivitis, caries, queilitis o glositis), problemas esofágicos (el consumo de alcohol favorece el reflujo gastroesofágico y por lo tanto la esofagitis péptica, empeora las hernias de hiato), problemas gástricos (úlceras, cáncer estomacal o gastritis estomacal aguda o crónica), problemas pancreáticos (pancreatitis aguda o crónica), hepatopatías (hepatitis alcohólica, cirrosis alcohólica o hepatocarcinoma) y problemas intestinales (malabsorción intestinal que puede derivar en malnutrición).

Otro ámbito de afectación será la sangre, ya que por el efecto tóxico del alcohol se verán afectadas las tres series hematológicas: los eritrocitos (anemia megaloblástica por la disminución de vitamina B12 y ácido fólico en sangre, o anemia hemolítica), los leucocitos (alteración de su funcionamiento y favorece la aparición de infecciones) y las plaquetas (disminuye el número total de plaquetas y altera su función).

Por otro lado, en individuos de consumo crónico es habitual encontrar problemas articulares, miopatías y osteoporosis, y en individuos con consumo esporádico con grandes cantidades se puede producir rabdomiolisis con riesgo de afectación renal.

Otro tipo de consecuencias orgánicas secundarias a la ingesta crónica de alcohol serán las alteraciones metabólicas de vitaminas, lípidos y proteínas, pero también la cetoacidosis alcohólica (por la alimentación escasa durante la abstinencia de alcohol se produce una elevación de la producción de insulina y liberación de ácidos grasos libres que producen cetoacidosis con niveles de glucosa en sangre inferiores a 150mg/dl) y la hipoglucemia alcohólica (se bloquea la vía normal de la glucogénesis por la oxidación del alcohol en el hígado y disminuye la producción hepática de glucosa).

Otro tipo de trastornos posibles secundarios al consumo crónico de alcohol serán los endocrinos, como hipogonadismo hipogonadotrópico, síndrome de pseudos Cushing, amenorrea y aumento de riesgo de aborto espontáneo, esterilidad y feminización.

Las infecciones como neumonías, tuberculosis o hepatitis B o C son frecuentes en los alcohólicos crónicos por las deficiencias nutricionales, los episodios de alteración de la conciencia, hepatopatías, además de factores económicos y ambientales.

Además, el consumo crónico de alcohol está asociado a la aparición de cánceres como el de recto, el carcinoma cutáneo de células basales, el del tracto respiratorio superior y el de mama. Así mismo, puede haber afectación neurológica por la acción directa del etanol o por la acción de sus metabolitos, pudiendo producirse trastornos a nivel de SNC como el síndrome de Wernicke-Korsakoff (por enfermedades nutricionales carenciales por el alcoholismo), degeneración cerebelosa alcohólica, demencia alcohólica y atrofia cerebral; también se podrán producir trastornos a nivel del SNP como el beriberi, la ambliopía por alcohol (ambas por enfermedades nutricionales carenciales por el consumo crónico), polineuropatías y miopatías (22, 37, 40).

En cuanto a las manifestaciones clínicas por la intoxicación con alcohol pueden ser variadas en función del nivel de alcoholemia (medido en gramos por litro en sangre) y el nivel de tolerancia del individuo:

Nivel de Alcholemla	CLÍNICA DEFINITORIA DE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA:
< 0,5 g/l	Logorrea, inyección conjuntival, locuacidad. Afectación del control motor fino. Euforia inicial, pérdida de habilidades motoras con deterioro leve de funciones cognitivas y deterioro de la facultad crítica.
De 0,5-1 g/l	Deterioro moderado de la función cognitiva con dificultad para grandes habilidades motoras y aumento del riesgo de accidente de tráfico.
De 1-3 g/l	Aparecerá ataxia, disartria, diplopía, nistagmus, deterioro mental y físico, agresividad, euforia excesiva, taquicardia y taquipnea, náuseas y vómitos.
De 3-5 g/l	Coma, hipotermia, hipotonía, midriasis bilateral hiporeactiva, pérdida de reflejos osteotendinosos, bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria.
> 5 g/l	Muerte

Fuente: Elaboración propia.

Además de estos trastornos fisiológicos, en las personas con una historia amplia de dependencia o abuso alcohólico también se pueden producir **alteraciones mentales o del comportamiento** inducidas por la ingesta alcohólica y que serán las que tendrán una afectación directa sobre la familia y el entorno de la persona. Un ejemplo de estos trastornos mentales o del comportamiento es la llamada intoxicación atípica/patológica (recogida en la CIE-10) en la que se produce una excitación desmesurada acompañada de un comportamiento ilógico y violento, alucinaciones e ideas delirantes (inclusive realizando consumos pequeños de alcohol) pudiendo llegar a durar varias horas, se sigue de un periodo de sueño y por último de un periodo de amnesia total o parcial de lo ocurrido por parte del individuo. Otro tipo de alteración mental serán los trastornos psicóticos inducidos por el consumo de alcohol, como el delirium tremens (de comienzo tras 48 o 72 horas tras la última ingesta por detener el consumo, y que cursa con alucinaciones, agitación, temblores y convulsiones, pudiendo durar desde unas horas a varios días y pudiendo alternarse periodos delirantes con periodos lúcidos), la alucinosis alcohólica (cuadro asociado a etapas de disminución del consumo de alcohol en el que aparecen bruscamente alteraciones sensoriales; la persona oye voces amenazantes que se acompañan de ansiedad y riesgo de agresiones en defensa propia o autoagresiones; es un episodio que puede desaparecer con la abstinencia alcohólica o cronificarse) o el trastorno delirante inducido por alcohol (se produce durante o inmediatamente tras el consumo y cursa con estupor, agitación, alucinaciones auditivas, delirios persecutorios o celotípicos y estados emocionales anormales, lo cual puede favorecer las agresiones y la violencia; revierte totalmente a los 6 meses). Otro tipo de trastornos mentales serán los

episodios de amnesia, los trastornos del humor (con cuadros depresivos), ansiedad, alteraciones del patrón del sueño o los intentos de suicidio (22, 38).

Por último, en cuanto a los **efectos sociales** producidos por el consumo de riesgo serán de muy diversa índole teniendo una afectación directa o indirecta sobre el núcleo familiar del individuo y su entorno social (en gran medida por las alteraciones mentales y afectivas producidas por el consumo de alcohol que irán erosionando las relaciones del individuo y debilitando los nexos de unión y apoyo de éste), con alteraciones sociales a nivel laboral (las obligaciones pasan a un segundo plano porque la prioridad es la ingesta de alcohol), pero también producirá acusados cambios en las relaciones sociales y de amistad (la persona irá dejando de lado sus aficiones y las relaciones personales con su entorno se verán modificadas y afectadas por sus nuevas prioridades y las alteraciones en el comportamiento, que deteriorarán los lazos con las personas más cercanas) y crisis familiares (alteraciones en el núcleo familiar que alterarán a su funcionamiento global y por separado a cada uno de sus miembros, desestructurándolo, debilitando sus pilares y pudiendo llegar a la rotura del mismo). Los daños sociales no solo podrán afectar al círculo social cercano del individuo, sino que podrán tener consecuencias sociales más lejanas, como problemas o accidentes laborales o de tráfico (13, 22, 24, 25, 39, 41).

A mayor cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo de producir problemas sociales. Estos van desde causar molestias sociales menores, como no dejar dormir por escándalo, a consecuencias más graves como acosos, daños a la propiedad, agresiones físicas/lesiones, violencia doméstica, abuso de menores, daños sobre el desarrollo prenatal, daños maritales, delitos (conducción ilegal bajo los efectos del alcohol) y homicidios (cuanto más grave sea el delito o el daño provocado, más probable es que el alcohol esté implicado en él) (22, 39).

Aún con todo esto, es importante señalar que las bebidas alcohólicas son un producto socialmente aceptado, de gran disponibilidad en muchísimos lugares y que son vistas por la sociedad positivamente, habiéndose llegado a un punto en que se asocian de forma casi inevitable a determinados acontecimientos como celebraciones de todo tipo, reuniones de amigos, fiestas, eventos deportivos, eventos musicales (pero en la población adolescente se llega a relacionar con los fines de semana y las festividades)...



Ya que es considerado un medio socializador para disfrutar más de la compañía que se tiene y tener una mayor diversión. Por todo esto, los efectos sociales del consumo de alcohol tienen una gran magnitud ya que el alcohol tiene un rol de peso en la vida cotidiana (22, 26).

En **la actualidad**, en España, como en la mayor parte del mundo, el alcohol es un producto legal, con una situación importante en el mercado y que está enraizado a muchos hábitos culturales, pero también (13), el alcohol es una sustancia cuyo consumo está bien valorado socialmente ya que se considera una actividad social, gastronómica y cultural. Esta droga, tal y como consideran Álvarez y Galán (13), tiene como efectos adversos los directos, producidos por su consumo (como en personas dependientes del alcohol), pero también existen los efectos en no consumidores (víctimas del alcohol), que son efectos indirectos del consumo, como por ejemplo víctimas de agresiones violentas, sexo sin protección, problemas familiares o accidentes de tráfico.

Por todo esto, se fundamenta el presente trabajo en que la dependencia alcohólica es un problema que en la actualidad se aborda de forma interdisciplinar siempre que el individuo que la padece lo desee y acepte su tratamiento, pero el abordaje de la familia de éste tipo de pacientes es algo menos delimitado y la implicación con este núcleo es secundaria o menor, al considerarse el enfermo (a tratar) el individuo alcohólico. Con la presente revisión narrativa, esta autora pretende demostrar que la familia de este tipo de pacientes también precisa un abordaje interdisciplinar, donde la enfermería tiene un papel determinante en el seguimiento y cuidado de la misma para hacer frente a la situación y lograr superarla. Las personas somos seres biopsicosociales y por lo tanto como futuros profesionales de la enfermería debemos mirar hacia la dimensión social de estos pacientes, dentro de la cual estará el núcleo familiar del enfermo.

El alcoholismo es una enfermedad que produce estrés en el núcleo familiar, lo cual puede producir una crisis en el funcionamiento de la misma (afectando a todos sus integrantes). Si en la familia en crisis existen unas creencias y valores positivos y además hay recursos adecuados se producirá una adaptación ante esta situación y se superará, pero si por el contrario hay unas creencias y valores negativos y/o recursos inadecuados habrá una gran posibilidad de que el cuidador/familia enferme y no haya adaptación de la familia. Esto nos indica que no solo hay que cuidar al paciente, sino

que también hay que cuidar a los cuidadores y a la familia al completo, y como profesionales enfermeros ayudarlos a adquirir recursos para la adaptación a la situación de crisis a la vez que se promueve la salud y previene la enfermedad en los integrantes del núcleo.

Es decir, no debemos mirar sólo hacia las consecuencias directas del alcohol en los consumidores, ya que si miramos más allá podremos ver que la sombra del alcoholismo está formada por las víctimas indirectas de éste, personas que no consumiendo este tipo de bebidas sí padecen parte de sus repercusiones. No podemos centrarnos exclusivamente en los problemas existentes en el enfermo (Diagnósticos de Enfermería), sino que también tendremos que tratar los problemas del núcleo familiar (Diagnósticos de Enfermería Familiares como por ejemplo podría ser Disfunción Familiar) y los problemas de cada uno de sus integrantes (Diagnósticos de Enfermería individuales de cada miembro, como podría ser Cansancio en el Rol del Cuidador).

Esta autora considera que esta afectación familiar del alcoholismo es una sombra de ésta dependencia, la cual tiene una gran relevancia social ya que, como se ha visto previamente, en la contextualización del fenómeno, el alcoholismo es un problema real, de una magnitud notoria y que está instaurado en nuestra sociedad, y se puede haber infravalorado frente a las consecuencias relativas a su morbimortalidad. En el presente trabajo se va a tratar esta problemática, para ver la repercusión del alcoholismo en la familia del afectado. La autora considera que es importante ver el alcoholismo también desde este ángulo de visión, un prisma diferente, ya que como futuros profesionales de la salud, no solo habrá que saber abordar el problema general (que en este caso es el alcoholismo), sino que también se tendrá que saber abarcar sus diferentes vertientes (los diferentes tipos de alcoholismo), los problemas derivados y sus repercusiones, de gran relevancia tanto a nivel individual, social, sanitario y económico.

La intención del presente Trabajo de Fin de Grado no es exclusivamente el estudio y conocimiento de las consecuencias sociales del alcoholismo como un problema propio de la salud social, sino que a través de la lectura, estudio y análisis de la información sobre esta problemática (y a través de la búsqueda de la necesidad social), se pretende demostrar la importancia que tienen en la actualidad y que merecen un abordaje

profesional amplio y específico, al igual que su problema desencadenante: el alcoholismo. Así mismo, a través de la revisión narrativa se comprobará si existe un abordaje multidisciplinar y principalmente enfermero de la familia del paciente alcohólico que se ajuste a su situación y necesidades de cuidado y salud.

La realización del presente trabajo tiene dos **objetivos** principales que son: Identificar los efectos o las consecuencias del alcoholismo en la familia y la necesidad de una intervención enfermera para un buen abordaje familiar. A través de la revisión bibliográfica sobre el fenómeno a tratar se ha logrado crear un recorrido alrededor de esta enfermedad familiar y sus sombras, para conocerla, delimitar estas sombras y su extensión y mejorar el conocimiento sobre las crisis familiares por el alcoholismo de uno de sus miembros y el abordaje de las mismas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En la fase inicial se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos de Ciencias de la Salud Pubmed, Cinahl, Cuiden y la plataforma Scielo. Los términos iniciales de la búsqueda fueron: alcohol, dipsomanía y alcoholismo, que en lenguaje controlado del tesoro MesH corresponden a “Alcohol”, “Dipsomania” y “Alcoholism”. Se llevaron a cabo combinaciones con el operador booleano “AND” utilizando las siguientes palabras de lenguaje libre: Dependencia/Dependence, Adicción/Addiction, Familia/Family, Consecuencias Familiares/Family Consequences, España/Spain, Enfermería/Nurse y Cuidados Enfermeros/Nursing Cares (ver Anexo 1). En la búsqueda se utilizaron como filtros:

España.	Adultos: 19-64 años.	Año de publicación: 2000-1014.	Hombres y Mujeres
---------	----------------------	--------------------------------	-------------------

Obteniendo principalmente resultados relacionados con la fisiopatología del paciente alcohólico, siendo mínimos los artículos relacionados con la respuesta familiar y las consecuencias familiares del alcoholismo, se ampliaron los filtros de búsqueda a Europa y se trabajó con el operador booleano “NOT” y la palabra Juvenil/Youth.

Como resultado de la búsqueda se encontraron 319 artículos de los que se seleccionaron 14 (algunos de ellos europeos) y se descartaron el resto por no aportar información idónea y relevante para el trabajo o porque no se tenía acceso al texto completo. Así mismo, se consultaron otras fuentes en la sede web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la sede web de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, del Observatorio Español sobre Drogas, del Plan Nacional Sobre Drogas y la OMS; en estas se encontraron 25 textos que fueron seleccionados por la riqueza de información sobre el tema y se descartaron aquellos documentos carentes de rigor científico o anteriores al año 2000.

En el Anexo 2 quedan reflejados aquellos textos que, entre todos los seleccionados, han sido de mayor relevancia para el desarrollo del apartado de “Análisis y Resultados” del presente trabajo.

## **ANÁLISIS Y RESULTADOS:**

A partir de una amplia revisión bibliográfica sobre el tema, a continuación se va a desarrollar las siguientes categorías: familia y salud familiar, las características de las familias con problemas de alcohol y el abordaje multidisciplinar de las consecuencias del alcoholismo.

Para la presente revisión narrativa se han utilizado artículos de investigación científica, libros, monografías, guías de práctica clínica (que se están llevando a cabo en la actualidad en la Comunidad de Madrid, Murcia, Aragón y Andalucía) revistas y folletos de diferentes organizaciones. La mayoría de la documentación utilizada ha sido elaborada en el ámbito nacional, por lo que los datos y la información eran más fieles a la realidad española.

### **FAMILIA Y SALUD FAMILIAR:**

En los años 40 Ludwig Von Bertalanffy desarrolló la Teoría General de los Sistemas para conceptualizar aquellos fenómenos que no podían ser explicados a través del reduccionismo de la ciencia clásica. A través de esta teoría se observa la realidad desde una perspectiva holística, centrándose en las relaciones y los sistemas que a partir de ellas surgen. Según esta teoría, un sistema es un conjunto organizado de cosas o partes interdependientes entre sí (subsistemas), que tienen unos valores/propiedades y unas funciones definidas (el sistema familiar realiza sus funciones a través de sus subsistemas que son sus miembros integrantes, que van a tener un rol específico, realizarán las funciones que les corresponden, se comunicarán, aceptarán normas y reglas y favorecerán el contacto con el entorno) y que mantienen interacciones constantes entre sí y con el medio (suprasistema), que se relacionan y forman un todo, para producir un resultado de esa totalidad o para mantenerla (27, 28, 30).

Por lo tanto la familia es un sistema abierto influenciado por factores externos (relación con el medio que les rodea) y factores internos (relaciones que se producen entre los miembros de la familia). Es decir, la familia es una institución social compuesta por los individuos que la forman y los vínculos afectivos, económicos, ecológicos y organizacionales que hay entre ellos (29).

Las familias atendidas van a tener unas características que harán de ella un sistema

único e irrepetible:

- **La interdependencia:** La interdependencia es un aspecto presente en todas las familias. La familia trasmite los procesos de identificación, aprendizaje, amor y crianza de las personas. El núcleo familiar tiene miembros que están interrelacionados y que dependen de los aspectos físicos de la relación pero también del apoyo emocional y espiritual del resto de miembros.

Los hijos dependen durante bastantes años del cuidado de sus padres y los padres por su parte dependen del afecto y la retroalimentación positiva de sus hijos. El contacto físico es importante pero no necesario permanentemente (como cuando la familia se separa por una temporada por ejemplo por motivos laborales, el amor que les unió les permite seguir queriéndose).

- **La integridad:** Cada miembro de la familia a su vez forma parte de un grupo mayor de personas, y de las relaciones que se producen entre ellos dependerá su integridad como sistema (el funcionamiento del sistema familiar depende de cómo se intercomunican sus miembros). Así, cuando un individuo es atendido o valorado de forma aislada se estará dejando de lado la relación de éste dentro de su núcleo social principal, y por lo tanto se estará obviando cómo su enfermedad afecta a las demás personas del núcleo.

La valoración individual de cada miembro es fundamental pero la forma de interrelación es un factor clave para conocer los recursos positivos y negativos que tiene el paciente. Por esto, es muy importante tener un enfoque integral y holístico, viendo a la familia como un todo, como una unidad. Por esto, todo cambio en una de las partes del núcleo afectará a todas las demás e influirá sobre ellas y producirá modificaciones en lo que el sistema familiar era antes. Por ejemplo, los problemas en que se desenvuelve una madre de dos hijos con dependencia alcohólica no deberán ser evaluados y resueltos con la misma claridad si solo se centra la atención en el problema del alcoholismo aislándolo del contexto familiar, social y comunitario de la persona.

- **Tiene pautas de autorregulación:** en las familias hay patrones de conducta/comportamiento que serán aprobados o no por los otros miembros, produciendo una retroalimentación positiva o negativa en los otros componentes



del núcleo. Habrá patrones de regulación interna implícitos a la familia y otros serán asignados (explícitos).

- **Tiene reglas:** Para realizar sus funciones y mantener la homeostasis y llevarán a cabo cambios, a través de retroalimentaciones positivas o negativas. Estas reglas no son percibidas por los miembros que se rigen por ellas como tal, sino que están implícitas en la dinámica familiar, y sólo se pueden deducir a partir del comportamiento familiar (no son algo objetivo).

Las reglas familiares son el mecanismo regulador interno que orientará los actos de cada uno de sus miembros, estableciendo la posición de unos con respecto a otros y las relaciones entre ellos.

Las responsabilidades de los roles familiares no pueden ser delegadas en terceras personas, cosa que si es posible en otros tipos de roles sociales (31).

- **Existe una influencia mutua:** En cada familia existe un sistema de interrelaciones semejante al entramado de una telaraña, donde todos los comportamientos implican una respuesta (una conducta produce una reacción y esta a su vez lleva a otra conducta, de forma circular).
- **Adaptación:** La adaptación es la respuesta que se produce ante un estado de tensión o estrés de cualquier tipo. La familia es una estructura social expuesta a cambios internos y externos, por lo que se reestructurará continuamente para seguir con su funcionamiento. La adaptación es algo inherente a todas las personas de forma individual y a la familia de forma colectiva. Si la familia no se adapta a las situaciones, se producirán problemas de desintegración o crisis familiar. La adaptación puede ser positiva y ser consecuencia del desarrollo y la maduración familiar, o puede ser negativa, dando lugar a una situación de crisis.
- **Es un sistema abierto:** Las familias son sistemas abiertos en constante interacción con otros sistemas (comunidad de vecinos, la escuela, el trabajo, etc.). Por esto la unidad familiar interacciona y se relaciona con su entorno social y lo condiciona, aunque la propia familia también sea modificada por agentes externos a ella, porque forma parte de una sociedad. Los miembros del núcleo familiar funcionan como un ecosistema que necesita adaptarse dinámicamente para la supervivencia del sistema familiar, es decir, es un sistema abierto que transmite información hacia fuera y recibe información del

exterior hacia dentro del sistema.

- **Existen relaciones jerárquicas:** Dentro de la familia existe una jerarquía que determina las relaciones entre sus diferentes subsistemas. Esta jerarquía potencia el sistema familiar y favorece un funcionamiento adecuado de la unidad principal (la familia), ya que establece las funciones a desarrollar, los roles a seguir, la dinámica y las responsabilidades de cada uno.

La familia, desde el punto de vista de la reproducción biológica de la especie, así como desde el ángulo social de la transmisión de la cultura, es el eje central sobre el que gira el ciclo vital, y según él transcurre nuestra existencia como individuos y además asegura la continuidad de la sociedad de generación en generación (31). Si uno de los integrantes de la familia enferma, la situación de enfermedad de este individuo (subsistema) afectará al resto de sus miembros funcionamiento familiar (sistema) alterando su homeostasis y produciéndose una crisis familiar (cualquier circunstancia de modificación o incidente, ya sea de carácter interno o externo, influye en la conducta y en el comportamiento de todos sus integrantes) (30). La situación de enfermedad del individuo producirá una mala salud familiar, pero la causa de ésta no es la propia enfermedad, sino las consecuencias que tiene la enfermedad del individuo sobre el funcionamiento familiar, así al producirse una crisis familiar se verá alterada la salud de la familia, y este nuevo concepto se aborda a continuación (32).

En 1948, en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional (celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946) la OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (33). Podríamos entender la salud familiar como la homeostasis o equilibrio biológico y social del sistema familiar que es el resultado del funcionamiento adecuado y satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social. Cuando la salud familiar no es buena ésta va a repercutir en la salud mental, social y física de cada uno de sus miembros.

Como profesionales de la enfermería, y especialmente en el ámbito de la Salud Familiar y Comunitaria tendremos que ver de qué forma repercute las cosas en la familia, cómo

se adapta a las nuevas situaciones y cómo realiza el afrontamiento o se comporta cada miembro. Para trabajar con familias es imprescindible establecer una relación terapéutica de colaboración entre el equipo de salud y la misma para poder llevar a cabo el cuidado de la salud de sus miembros. Esto consiste en entender el tipo de estructura familiar, su desarrollo, su funcionamiento y los recursos de los que dispone.

El abordaje individual de una persona aislada de su contexto familiar, implicará inevitablemente unas limitaciones en el cuidado de los pacientes. La familia es una parte importante de cada individuo, desde su nacimiento hasta su muerte, e incluso después de ésta.

La familia puede ser un factor condicionante y a la vez favorecedor de la aparición de una enfermedad o de su complicación en el aspecto físico, mental o social de la misma; por esto es necesario considerarla como la unidad básica, principal y prioritaria en el abordaje de la atención de las personas y su salud. La familia es en sí misma un recurso para promover el estado de salud y prevenir las situaciones de enfermedad. Así, el personal de Enfermería Familiar y Comunitaria se encarga de valorar a nivel grupal, teniendo como centro de atención el sistema familiar, en muchos procesos de salud (32).

### **CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL:**

Según Díaz, Serrano y la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol (34), el Alcoholismo y otras Toxicomanías, las familias en las que uno o ambas figuras parentales tienen problemas con el alcohol tienen pautas de interacción entre los miembros del núcleo familiar distintos a los de la mayoría de familias (34). Los miembros del núcleo familiar del alcohólico, y principalmente los niños advierten en la mayoría de los casos que algo sucede en su núcleo familiar que “no es normal”. A continuación se van a describir las características de estas familias disfuncionantes:

- Desorganización, desorden y caos familiar: Los roles de cada miembro se distorsionan, el progenitor alcohólico renuncia a sus funciones cediéndoselas al otro progenitor, al hijo de mayor edad o hijo único (que recibe una gran sobrecarga). No hay reglas ni límites. La rutina diaria se desvanece (principalmente cuando el enfermo es la madre) ya que se desentiende de actividades como cocinar, limpiar, muchas veces hay pérdida del empleo, etc...

- Problemas de comunicación: Existe una gran falta de expresividad ya que los miembros del núcleo familiar se ven cohibidos de expresar sus sentimientos para evitar discusiones o herir los sentimientos de otros miembros; no se puede hablar del problema ni dentro ni fuera del núcleo familiar, por miedo y vergüenza. Las mentiras, mensajes con doble significado y las promesas incumplidas son habituales y favorece el distanciamiento de los familiares para evitar el sufrimiento por la frustración y desconfianza.
- Negación del problema, aislamiento de los miembros: la negación es el mecanismo de defensa habitual ante los problemas y por esto ninguno de los miembros hablará de ello y se aislarán emocionalmente; hay un gran desconcierto, inseguridad y confusión ante el problema por no saber qué hacer y se puede incluso justificar o disculpar la conducta del enfermo. Así, surge un sentimiento de soledad y falta de cohesión entre los miembros de la familia, que se sienten solos y como una familia diferente al resto.
- Debilidad en las funciones parentales, ya que el progenitor alcohólico está centrado en su consumo y el otro progenitor además de intentar controlar el consumo del cónyuge intenta mantener sus obligaciones al día; todo esto hace que los hijos sientan un gran abandono emocional y tengan conductas para llamar la atención (dolores, mal comportamiento, problemas escolares...). Esta inconsistencia en los roles parentales también se reflejará en los patrones educativos, ya que el progenitor alcohólico podrá tener conductas autoritarias, mientras que su cónyuge es probable que tienda a sobreprotegerlos.
- Los malos tratos físicos y/o psicológicos en estas familias están desencadenados por la tensión y las emociones contenidas unidas a la desinhibición que provoca el consumo de alcohol. Los insultos, reproches, celos y agresiones entre los padres son frecuentes y son conductas que los niños aprenderán con facilidad.
- Abundantes acontecimientos vitales estresantes, como problemas económicos, pérdidas de empleo, cambios de vivienda y/o de colegio, separaciones,

divorcio... Además, se pierden los valores familiares y las reuniones con familiares y amigos, ya que se arruinan por el comportamiento del enfermo.

- Falta de cohesión y ruptura familiar, cuando los miembros de la unidad familiar pierden su capacidad de afrontamiento y tolerancia al estrés y hay crisis familiar.
- Gran variabilidad de los estados de ánimo de los progenitores, que provoca una gran incertidumbre en los niños que nunca saben cómo serán recibidos (34).

En el abordaje de los problemas de consumo de alcohol en las familias muchos expertos equiparan la convivencia con el alcoholismo con la presencia de tener un elefante en el salón de casa, algo grande, molesto y extraño de lo que no se puede hablar con nadie (por falta de atrevimiento, vergüenza, no entender la situación, no saber cómo afrontarla...). La situación del alcoholismo produce en los integrantes del núcleo familiar unos síntomas propios de la existencia de éste problema, como son:

- Desconcierto y confusión por el problema ante el que no se sabe actuar y que algunos miembros de la familia disculparán ante los demás para disimular que ocurre algo (que causa vergüenza/frustración de los familiares y se produce la negación).
- Gran tensión y estrés de todos los miembros de la familia por la existencia de conflictos importantes con mayor o menor regularidad, grandes discusiones y temor ante reacciones de notable agresividad por parte del enfermo.
- Modificación de las normas habituales, costumbres y los valores de la familia.
- Desconfianza y frustración de los miembros de la familia por incumplimiento de promesas, lo cual también producirá reacciones de enfado y resentimiento (por ejemplo, promesas de dejar el alcohol o de hacer determinadas actividades de ocio familiar que el enfermo termina por dejar de lado).
- Sentimientos de culpabilidad en el enfermo y los propios familiares por las situaciones conflictivas, las decepciones y reproches entre ambas partes.
- Escaso y deficiente, o nulo, apoyo emocional e incomunicación dentro de la familia, pero también de forma externa. No se puede hablar del problema de la familia, por lo que tampoco se podrá pedir ayuda (ni dentro ni fuera de casa) por

miedo, temor, la negación y vergüenza.

En las enfermedades relacionadas con la adicción y el consumo de sustancias el propio enfermo tiene que tener un fuerte deseo e intención de cambiar y responsabilizarse de su propio tratamiento, pero esto no exime a los familiares y los profesionales de poder ayudarle en su proceso, ya que la actitud de su familia y su círculo social cercano va a ser determinante para dotar al enfermo de motivación, apoyo, interés y ganas para llevar a cabo su tratamiento correctamente y así lograr superar el proceso de enfermedad.

A través del Programa Alfil (35) y publicaciones de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías, en las familias con presencia del alcoholismo por uno de sus familiares es importante tener en cuenta varias pautas a seguir como medidas preventivas desde el ámbito enfermero (medidas que se llevan a cabo, por ejemplo, desde asociaciones de Alcohólicos Anónimos, para las que la enfermería actúa como nexo de ayuda):

1. La familia no tiene que adaptarse a la situación que se está produciendo (el elefante en el salón) intentando aparentar normalidad y concienciándose a sí mismo que “ya se solucionará todo”. El encubrimiento del problema y la responsabilidad del bienestar del enfermo y sus conductas (“es que le he puesto nervioso y por eso se enfada”...) no ayudarán a la visualización, aceptación y búsqueda de soluciones del problema, sino que favorecerán que éste cada vez vaya a peor, porque mientras la familia intenta ver que “no pasa nada” el problema se asienta cada vez con más fuerza en el hogar.
2. Para disminuir el malestar emocional la familia necesita información sobre la enfermedad para entender al enfermo, la situación de enfermedad y así poder afrontarla. El alcoholismo es una situación muy desbordante que hará sentir mal a todos los miembros de la familia. Es normal que tanto la pareja como los hijos del enfermo se preocupen, sientan rabia, dolor, miedo y otros sentimientos negativos, que les hagan tener una gran labilidad emocional (“unos días le quiero mucho, pero otros le odio”)...
3. Es importante que la familia intente mantener sus hábitos, costumbres y normas familiares habituales, ya que la alteración de las mismas no será una forma de curación del problema, sino que sólo favorecerá su expansión en la familia, aumentando sus

posibles consecuencias (34, 35).

4. Algunas consideraciones importantes a tener en cuenta por la familia del enfermo para ayudarlo a salir de su proceso, motivarle y acompañarle en el mismo son:

- Mostrarle la preocupación de la familia por los problemas que está ocasionando el alcohol en sus vidas sin culpabilizar al enfermo ni buscar culpables, no los hay; el enfermo es el único que se debe responsabilizar del tratamiento, ya que los familiares no pueden, aunque todos pueden ayudar a superar la enfermedad.
- Tener paciencia, ya que el proceso de recuperación es lento y largo. Será importante la constancia, pero aunque existan recaídas el proceso de recuperación se podrá retomar siempre.
- Insistencia en el tratamiento y ofrecer de forma continuada (y paralela al proceso) apoyo y comprensión. Es importante también el acompañamiento de la familia durante el proceso de tratamiento y recuperación.
- Seguir los consejos de los especialistas, y en caso de abandono del tratamiento por parte del enfermo, la pareja deberá acudir para recibir asesoramiento.
- Tener en cuenta que este largo proceso puede afectar al enfermo y al resto de integrantes familiares, y que si la situación los desborda, también necesitarán ayuda profesional para superar la situación. El tratamiento del alcoholismo será para el alcohólico y también para su familia, ya que el proceso de recuperación será triple: por el enfermo, sus familiares y la familia en su conjunto (34, 35).

El alcoholismo en el núcleo familiar va a tener unas consecuencias que, según Rossow, son las que más asocian la enfermedad con daños a terceras personas (36).

Guardia (42) afirma que durante las intoxicaciones agudas el enfermo experimenta una desinhibición de las respuestas sexuales y agresivas, por lo que aumentan sustancialmente las probabilidades de tener relaciones sexuales de riesgo (con más riesgo de contagio de ETS), al igual de que se produzca un episodio de violencia (como violaciones, agresiones, robos con ataques o lesiones, violencia doméstica, violencia autodirigida...). Así mismo, Lipsky y cols. (43) muestran que también es un factor de peso en episodios de incesto, abusos sexuales a niños, abuso de pareja y otros tipos de violencia y maltrato familiar (tanto a la pareja como los hijos). Según Boles SM y Miotto (44) entre el 48% y el 87% de agresiones de la pareja se producen tras haber



tomado bebidas alcohólicas, y Fals-Stewart, Goleen y Schumacher (45) afirman que la probabilidad de agresión es 8 veces mayor en los días que el hombre ha bebido, en comparación a los que no ha tomado bebidas alcohólicas.

Todo esto podrá implicar problemas judiciales en función del grado y el alcance que tengan las conductas violentas y de maltrato, pero sin olvidar también la conducción bajo los efectos del alcohol (el riesgo de accidente de tráfico aumenta sustancialmente cuando se conduce bajo los efectos del alcohol, y cuando se produce el accidente los daños afectarán tanto al conductor enfermo como a terceras personas que se vean implicadas en el accidente). Además, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de separación y divorcio según Ramisetty-Mikler y Caetano (46), que lo consideran un factor predictivo de la separación de parejas.

### **ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LAS CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO:**

Para maximizar al máximo los resultados positivos del paciente es importante que el enfermo cuente con un tratamiento completo y multidisciplinar desde diferentes enfoques: tratamiento médico farmacológico para la dependencia al alcohol, el consejo profesional, motivación y la Educación para la Salud de manos de la enfermería y los grupos de ayuda mutua, como Alcohólicos anónimos por ejemplo, formados por enfermos en situaciones similares que participan con un equipo multidisciplinar (psicólogos, trabajadores sociales...), y estos tres enfoques aunque parten de diferentes disciplinas, abordarán diferentes aspectos de la dependencia del alcohol: neurobiológico, psicológico y social pero perseguirán la misma meta: la abstinencia del paciente (47).

A la vez, la familia (pareja e hijos) precisará un tratamiento específico de forma individualizada además de un seguimiento global del núcleo familiar, teniendo en cuenta en todo momento el problema desencadenante. Actualmente se lleva a cabo el tratamiento de los problemas que surgen en los miembros de la familia de forma independiente al problema de origen (el alcoholismo), pero es fundamental abordar estos problemas relacionándolos en todo momento con su factor etiológico, problema que fundamenta el presente trabajo, y con la afectación del núcleo familiar. A continuación se describirán algunos de los posibles problemas que pueden aparecer en

este tipo de familias como consecuencia del alcoholismo y el abordaje que se lleva a cabo.

**ANSIEDAD:**

La ansiedad es una situación de antelación ante un daño o desgracia próxima, acompañada de disforia (sentimientos de tristeza y emociones desagradables o molestias, miedo y temor) y síntomas de tensión, que afecta de forma clínicamente notable a la actividad de la persona. Es una situación en la que la persona experimenta señales de alerta que le advierten sobre un peligro inminente y le permite adoptar medidas para enfrentarse a la amenaza que anticipa o prevé.

La ansiedad es una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones de crisis y que es una respuesta habitual ante situaciones cotidianas estresantes, como puede ser la convivencia con un familiar con dependencia alcohólica. Así, podríamos decir que cierto grado de ansiedad es incluso positivo para el afrontamiento de determinadas exigencias del día a día, pero cuando ésta sobrepasa determinados niveles de intensidad o supera a la capacidad adaptativa de la persona, es cuándo se trata de un proceso patológico, que provocará malestar con síntomas físicos (como sudoración, sequedad de boca, tensión muscular, temblores, cefaleas, náuseas, vómitos, problemas sexuales...), psicológicos (agobio, preocupación, aprensión, miedo a perder el control, obsesiones, dificultad de concentración...) y conductuales (irritabilidad, inquietud, conductas de evitación de determinadas situaciones...).

Según la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (48), como tratamiento de éste problema existen diferentes tipos de técnicas que han de ser realizadas por el profesional sanitario (profesionales enfermeros de Atención Primaria, por la relación terapéutica que se establece con el paciente y todo el núcleo familiar, por la mirada holística del individuo y por la empatía en la práctica) a partir de tiempos breves y pautados que se caracterizan por ser estructuradas (fáciles de aprender y aplicar) y tener unos objetivos concretos (que se fijan tras la evaluación), pero que tienen que ir ligadas y llevarse a cabo de forma conjunta con el problema desencadenante. A continuación se describen algunas de estas técnicas:

- Técnicas conductuales: Como técnicas de relajación, entrenando a la persona en la

relajación progresiva o en el control de la respiración (para lograr una hipoactivación que controle la situación de ansiedad) o técnicas de autocontrol (enseñando los factores que producen la conducta desagradable) como la autoobservación o el control de estímulos. Se pueden estructurar para aplicarse grupal o individualmente (49).

- Técnicas cognitivas: Para enseñar a la persona a identificar y analizar los factores disfuncionales para ella y la relación que tienen con los síntomas que padece, y favorecen la adquisición de técnicas de respuesta adaptativas. Se pueden aplicar individual o grupalmente.

- Técnicas de orientación psicodinámica: Para comprender los conflictos (del mundo interno de la persona o de las relaciones personales que producen ansiedad) y su sintomatología a través de la empatía, observando y comprendiendo las ansiedades de la persona, y se realiza un feedback devolviéndoselas a la persona para que así puedan ser reconocidas y aceptadas, y a la vez favoreciendo el pensar y el hacerse cargo de éstas.

- Counselling o consejo asistido: A través de la comprensión se indaga el problema con el paciente y se le capacita para establecer unos objetivos y metas a conseguir (por ejemplo, el apoyo del familiar enfermo, entendiendo su enfermedad y su rol frente a esta). Se utilizan las relaciones que desarrollan el autoconocimiento de la propia persona, la aceptación de las emociones, el crecimiento personal y los recursos personales. Puede dirigirse para lograr una resolución de problemas específicos, tomando decisiones, haciendo frente a las crisis (en este caso, el alcoholismo), trabajando a través de los sentimientos que se producen por los conflictos, o para mejorar las relaciones con otros miembros de la familia y disminuir la tensión en el núcleo.

Los abordajes grupales más habitualmente utilizados por la enfermería en Atención Primaria para los trastornos de ansiedad son los de “Desarrollo de habilidades”, los cuales se utilizan para aplicar lo aprendido a través de las técnicas anteriormente citadas. (48)

### **VIOLENCIA Y MALOS TRATOS:**

Se considera violencia familiar o doméstica aquellos malos tratos o agresiones físicas/psicológicas/sexuales o de otra naturaleza ocasionada por personas del núcleo familiar, y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la familia (que

habitualmente suelen ser menores, mujeres, minusválidos o ancianos).

Por otro lado, la violencia de género es aquella que es ejercida por el hombre contra la mujer por el simple hecho de serlo, estableciéndose así una relación de poder y dominación, y considerando a la mujer un ser sin derechos de libertad, respeto y decisión. Como resultado de la misma puede tener un daño físico, sexual y/o psicológico. Cuando la violencia que ejerce el hombre sobre la mujer carece de una relación de poder de él sobre ella hablaremos de violencia en la pareja.

El maltrato psicológico es una conducta intencionada que se instaura y alarga en el tiempo que atenta contra la salud psíquica y/o emocional y la dignidad de la mujer para lograr imponer pautas de comportamiento en la mujer que el agresor considera oportunas en ella. Es la tipología de maltrato más difícil de demostrar (ya que en ocasiones ni la víctima es consciente de ello, porque lo ve como un signo de amor hacia ella o como el carácter del agresor).

Por último, el maltrato sexual (el más grave para la mujer) es cualquier acto sexual realizado sin el consentimiento de la mujer que se acompaña de coacciones, intimidaciones, violencia y amenazas (50).

No existe un perfil claro del maltratador, aunque aparentemente no son personas agresivas ni violentos salvo con su pareja, siendo personas amables y bien adaptados socialmente (cambiando radicalmente en el ámbito de la vida de pareja). Es importante señalar que el abuso de sustancias, la psicopatología, haber sufrido malos tratos durante la infancia o el consumo de alcohol son potenciadores o agravantes del problema pero no son una causa etiológica del mismo (aunque sí es un factor de peligro extremo de que se produzca maltrato), ya que se trata de una expresión de la hegemonía masculina dominante que tiene que mantener el poder, pero como precursor de la violencia es un problema susceptible de aparecer en la familia de un alcohólico, por lo que será un aspecto a tener en cuenta en la valoración de riesgo. A nivel nacional, en Ortiz González (51) realizó un informe para la Oficina del Defensor del Pueblo a través del que pone de manifiesto que la mitad de las víctimas de malos tratos en España consideraban el alcohol la causa principal de la violencia que habían sufrido, seguida de las otras drogas o de la combinación de ambas sustancias, a las cuales además, se unía el carácter violento del agresor. Los ataques de agresividad y violencia en muchas ocasiones se

deben a un mecanismo de liberación provocado por un estado crónico de embriaguez, ya que el alcohol debilita los mecanismos cerebrales, facilitando las conductas impulsivas (incluida la agresividad y los malos tratos). Es decir, existen casos en los que la conducta violenta se encuentra ligada al alcohol y en otras que no necesariamente.

Es muy importante indagar en la consulta de enfermería si además de haber recibido malos tratos el/la paciente los han recibido los menores de edad u otros adultos vulnerables (como ancianos) ya que la probabilidad de que sufran algún tipo de maltrato (directo o indirecto) es alta (en caso de malos tratos infantiles se tendrá que seguir el Protocolo de Violencia Infantil, mientras que si es un adulto vulnerable se derivará a trabajo social para una valoración domiciliaria de la situación).

Las mujeres que sufren violencia de género tienen un riesgo aumentado de caer en el abuso de sustancias, padecer trastornos mentales, trastornos físicos crónicos y problemas de salud sexual.

Para la mujer maltratada, la violencia que soporta es una causa importante de morbimortalidad, por lo que los profesionales de salud mental tendrán que diagnosticar la psicopatología derivada de dicha violencia (e intervenir sobre la sintomatología y los aspectos psicosociales), pero cuando no existe psicopatología susceptible de ser tratada en los servicios de salud mental se podrá derivar a la mujer a recursos externos (como recursos de acogida con defensa legal y consejo, recursos de alojamiento, centros de emergencia, centros de atención especializada para mujeres víctimas de la violencia, ayudas económicas, servicios de atención psicológica para menores, servicios de asesoramiento jurídico...).

Antes de la intervención es importante que el profesional de enfermería realice una reflexión sobre sus consideraciones sobre la perspectiva de género, sobre la historia propia y familiar de cada uno de los profesionales y sobre las creencias personales sobre el género.

Como muestra la Guía de Práctica Clínica para la Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja de la Región de Murcia (50), el diseño de la intervención se hará contando en todo momento con la conciencia de maltrato que tenga cada paciente (individualidad de cada caso) y de su actitud respecto a la relación con el individuo agresor. Así las etapas de la intervención se llevarán a cabo al ritmo de cada

paciente y en función del momento del ciclo de la violencia en que se encuentre. En caso de que el paciente presente síntomas leves (de una duración inferior a un mes) habrá que permanecer alerta y hacer una consulta de seguimiento en un mes, pero nunca se proporcionará una sesión individual única que se focalice en el episodio traumático de forma aislada.

Desde la consulta de enfermería se realizarán sesiones educativas transversalmente, es decir, cuyo contenido englobe aquellos temas que afectan a los pacientes. A partir del relato que vayan construyendo se irá dando información sobre los derechos de las personas, las situaciones que sean consideradas de riesgo, explicación del ciclo de la violencia, se explicarán estrategias habituales de los hombres violentos... Y con el tiempo se introducirán progresivamente otras intervenciones psicoeducativas de forma paralela a la evolución de la paciente, como el síndrome postraumático, los indicadores de violencia, la dinámica de las relaciones violentas, la repercusión de la violencia en los hijos y la familia... Es positivo asociar intervenciones individuales con sesiones de grupo. Así mismo, se realizará terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma con una duración variable (1 sesión individual a la semana, con una totalidad de unas 5 sesiones si la terapia comienza durante el primer mes posterior al suceso traumático, y de 8 a 12 si comienza en los 3 meses posteriores, pero siempre con el mismo profesional). Cuando el paciente tenga problemas para relatar su trauma, el/la profesional tendrá que dedicar las sesiones necesarias para establecer una alianza terapéutica y así poder lograr la estabilización emocional. Las sesiones de relajación o aquellas no orientadas al suceso traumático no se tendrán que ofrecer de forma sistemática, ya que será importante tratar este evento.

Cuando la intensidad de la sintomatología (relacionada con los malos tratos recibidos) del paciente sea alta se combinará la psicoterapia con terapia psico-farmacológica, aunque éste no se debe de considerar el tratamiento de elección, sino un tratamiento coadyuvante.

Además de todo esto, existen unas pautas generales para el tratamiento que se describen a continuación:

1. Asegurar la seguridad: Para que el tratamiento pueda tener éxito, por lo que es importante revisar en las sesiones los apoyos emocionales, los de protección y los de

ayuda porque la peligrosidad variará en intensidad de una sesión a otra con la víctima.

2. Existencia de una alianza terapéutica: Para un correcto abordaje terapéutico es imprescindible establecer una relación terapéutica de confianza, que se logrará a través de la escucha activa, el acompañamiento, la acogida y poniendo orden en el relato de la experiencia vivida.

3. Relacionar los síntomas psicológicos con el maltrato que sufre el paciente ya que tendrán un significado cuando éste los tiene interiorizados, porque el maltratador a través de su estrategia de control ha logrado que se los crea, y cobrarán un significado distinto al entender que son secundarios al maltrato que sufre. Habrá que tratar sentimientos de culpa, tristeza, vergüenza, desconfianza, falta de autoestima... frecuentes por el desprestigio que el maltratador utilizará como estrategia de control.

4. Exposición a la experiencia traumática: Cuando el paciente decida cuándo y cómo el profesional sanitario le apoyará para conseguir una exposición ante un episodio traumático mientras se actúa como testigo presencial y aliado de la víctima. Esta exposición, salvo deseos del paciente, no suele estar indicada en las primeras entrevistas, y después habrá que reevaluar si existe ideación suicida o riesgo de abuso de sustancias, por ejemplo, por si la reexposición provoca un nuevo episodio depresivo.

5. Recobrar su vida social: Será importante facilitar redes de apoyo social como asociaciones, o derivar a recursos sociales para favorecer que el paciente mejore y recupere su vida social, tan deteriorada o incluso perdida plenamente por el aislamiento al que se llega por la figura del maltratador (50).

### **DEPRESIÓN:**

Para definir la Depresión es preciso referirse a un amplio conjunto de problemas de salud mental que se caracterizan en su conjunto por una pérdida de la afectividad positiva, el interés y la capacidad de disfrutar en actividades o situaciones de la vida cotidiana que previamente eran placenteras y satisfactorias para la persona, acompañado por un estado de ánimo muy bajo y unos síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales asociados. Entre esta sintomatología clínica se pueden encontrar llanto, exacerbación de dolores existentes o aparición de otros dolores, irritabilidad, aislamiento social, disminución de la libido, inquietud y ansiedad (con frecuencia la depresión se acompaña de ansiedad) que se combinan con fatiga y disminución de la



actividad, alteración del patrón de sueño y de la ingesta alimenticia (se pueden dar ambos hacia los dos extremos posibles, incrementando o disminuyendo notablemente). En cuanto a los síntomas conductuales habrá desinterés, culpabilidad, inutilidad, desilusión, desesperanza, pérdida de confianza en uno mismo, ideación suicida o intentos autolíticos o de suicidio. Y por último, entre los síntomas cognitivos podremos encontrar falta o dificultad de concentración, enlentecimiento mental, disminución de la capacidad de atención, pesimismo y pensamientos negativos sobre uno mismo (52).

Se considerará que una persona tiene un humor depresivo cuando los síntomas depresivos sean continuos y severos, ya que por debajo de esto, los síntomas depresivos esporádicos entrarán dentro de la normalidad en la variabilidad emocional de las personas y los que sean clínicamente significativos (unidos a un deterioro físico y social) indicarán un diagnóstico de Depresión Mayor.

La presentación del cuadro depresivo será diferente en función de la etapa del ciclo vital en el que se encuentre la persona, ya que en los adultos jóvenes por ejemplo habrá una manifestación mayor a través de síntomas conductuales y en los ancianos predominarán los síntomas somáticos.

La forma de presentación más habitual de los pacientes depresivos en las consultas de enfermería de Atención Primaria es a través de síntomas físicos o somáticos, o sintomatología inexplicable, que en realidad están encubriendo los síntomas psicológicos y el proceso depresivo. Esta presentación encubierta, se acompaña en muchos casos de un sentimiento de vergüenza y ansiedad por creer que tienen un problema que no saben cómo explicar o transmitir al profesional sanitario, lo cual favorece que el diagnóstico sea aún más dificultoso (y muestra la relevancia de establecer una relación terapéutica de confianza para favorecer una comunicación buena, fluida y efectiva que propicien la valoración y diagnóstico del paciente, el tratamiento y la evaluación).

Las causas etiológicas del proceso depresivo son muy variadas, pero si nos centramos en el tipo de paciente sobre el que estamos trabajando (familiar de un alcoholico) una mala relación padre-hijo en las primeras etapas vitales, los conflictos en el matrimonio, el abandono familiar y los malos tratos favorecen la vulnerabilidad de las personas a desarrollar depresión (al igual que la existencia de una enfermedad mental en la familia

y los trastornos por abuso de sustancias, como en este caso) (52).

Para el abordaje enfermero de la depresión la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (52) presenta diferentes modelos de intervención, que se suelen solapar unos con otros, o por lo menos determinadas actividades de las que los integran. Algunas de las formas de intervención óptimas para este proceso son:

- La Atención por Pasos: Trata de buscar las actuaciones menos restrictivas (intervenciones mínimas) y menos costosas para tratar el problema del paciente, que se basan en abordajes de tratamiento que han sido iniciados por el propio paciente. Son actuaciones de baja intensidad y dependen de la implicación del paciente, que manejará diferentes materiales de auto-ayuda (cuando el paciente maneja de forma individual dicho material, o dirigida, cuando precisan una actuación limitada por parte de un profesional de la salud) o grupos de auto-ayuda. Esta intervención se evaluará periódicamente para comprobar su efectividad, la aceptación del paciente y las posibles repercusiones que pueda tener una intervención no eficaz para otro tipo de intervenciones que puedan ser llevadas a cabo.

Habrán 4 pasos a seguir: la auto-ayuda pura (fase inicial de apertura), auto-ayuda dirigida (por un profesional de enfermería o de salud mental), la terapia breve individual y la terapia individual a largo plazo (ambas dirigidas por un profesional de enfermería en salud mental o un psicólogo clínico). La intensidad y los tratamientos complementarios como el farmacológico, variarán en función del grado de depresión del paciente.

- Activación conductual o Terapia por Derecho Propio: Fomentan el desarrollo de comportamientos que estén centrados en tareas gratificantes (refuerzos positivos) y que eviten los refuerzos negativos.

- Terapia de Pareja: Para dar a la pareja nuevas perspectivas sobre el problema existente y buscar nuevas formas de relacionarse para hacer frente a los conflictos.

- Counselling: el cual ha sido descrito previamente.

- Existen además unas pautas generales para el tratamiento de los procesos depresivos que serán de gran relevancia para la práctica clínica enfermera:

- **Apoyo Activo:** Promoviendo una relación terapéutica de colaboración y confianza entre el profesional de enfermería (y también con el resto de profesionales que participen en el tratamiento) y el paciente, permitiendo que éste participe activamente en su tratamiento y no sea un agente pasivo. Es importante explicar al paciente el trastorno que padece, y a los otros integrantes familiares, y las opciones de tratamiento. Las actividades a realizar y las metas a conseguir se fijarán con el paciente y su familia (ya que será imprescindible su red de apoyo íntimo para que el paciente cumpla los objetivos del tratamiento establecido y consensuado).
- **Educación para la Salud y Autocuidado del paciente:** Será muy importante la educación del paciente desde su diagnóstico para capacitarlo en estrategias y habilidades de autocuidado, promover su salud, detectar y controlar signos y síntomas de alarma y/o recurrencia, llevar un seguimiento del tratamiento que se está llevando a cabo y abordar los efectos del proceso depresivo en las relaciones personales del paciente. Un aspecto importante es proponer al paciente incorporar más actividad física en su vida diaria o realizar actividades placenteras programadas, realizar una alimentación saludable y tener un diario en el que se registre la evolución del paciente, sus actividades, sus sentimientos y su vida diaria.
- **Higiene del sueño:** Los consejos sobre la higiene del sueño van a ser importantes para que el paciente sepa qué factores afectan y cuáles favorecen a sus hábitos de sueño. Se fijarán horarios para acostarse y levantarse, se recomendará la relajación antes de acostarse, se evitará dormir durante el día, se evitará el consumo de cafeína, evitar cenas copiosas y abundantes, etc...
- **Derivación a Servicios de Apoyo:** Cuando el trastorno depresivo está asociado a un acontecimiento vital estresante, como puede ser el alcoholismo de un familiar, se podrá derivar al paciente a recursos psicosociales de la comunidad, como asociaciones o grupos de apoyo (que proporcionen al paciente recursos para poder desarrollar conductas de afrontamiento efectivas), como por ejemplo los grupos de Al-Anon (Comunidad de parientes y amigos de alcohólicos). Pero como afirma Ellis y cols. cuando un paciente es derivado a un servicio de apoyo tiene que continuar con el seguimiento por Atención Primaria para un tratamiento a largo plazo.

### **ALCOHOLISMO COMO TÉCNICA DE EVITACIÓN:**

Algunos estudios epidemiológicos como los de Wetzel sobre la enfermedad psiquiátrica femenina pusieron en evidencia que en gran parte de los casos, las mujeres de un enfermo alcohólico suelen caer en un consumo excesivo de bebidas alcohólicas como forma de afrontar las situaciones conflictivas y los abusos (físicos y/o psicológicos), en definitiva, como una vía de escape o de evitación del problema. Todo esto, como se ha visto previamente, unido a la aparición de trastornos de ansiedad y depresión, baja autoestima y sentimientos de culpabilidad por la dependencia alcohólica de su pareja. La pareja del enfermo alcohólico, se encuentra sometida a una gran presión psicológica que es un factor facilitador y potenciador para estos trastornos ya que utiliza el consumo de alcohol como una forma de controlar el consumo de la pareja enferma.

Esta situación es uno de los principales factores de riesgo para algunos profesionales, como el licenciado en psicología Lloret Irlés (53) que afirma que “hay múltiples casos en los que la dependencia a las bebidas alcohólicas de alguno de los cónyuges está mediatizada por la conducta del otro, por las actitudes que genera, por las contingencias que emplea o por las circunstancias que los rodea” y a la vez añade una afirmación que la autoría considera de gran relevancia: “el alcoholismo, no sólo debe ser considerado una enfermedad por el riesgo que supone para quien la padece, sino como situación de conflicto y victimación para quienes conviven con el afectado, esencialmente, su pareja”. Ante el alcoholismo de uno de los cónyuges podemos encontrar diferentes roles en el otro cónyuge en función de la personalidad que adopte frente al problema del alcoholismo; así, podrá haber un “cónyuge inductor” que facilita la conducta alcohólica en la pareja, un “cónyuge masoquista o beneficiario” que no se opone a la conducta alcohólica de la pareja por beneficio propio, un “cónyuge condicionado” que se adapta y disculpa la situación de alcoholismo sin buscar ni pretender cambios o un “cónyuge colaborador” que busca la participación con un profesional para resolver la dependencia de la pareja(53).

A pesar de estos diferentes tipos de roles, la disociación familiar, la incertidumbre y la ansiedad presentes en la familia del individuo alcohólico (por la imprevisibilidad de su conducta) son factores determinantes en el inicio del consumo de alcohol como forma de “afrontar” los problemas, aislarse de ellos o de hacer frente al agresor o a la situación estresante/traumática (54).

Steinglass y Bennett afirman (55) en “La Familia Alcohólica” que “el estrés que acompaña al alcoholismo, se extiende de forma uniforme a toda la familia, en lugar de limitarse a la persona que bebe o al cónyuge no alcohólico”, lo cual confirma la base del presente trabajo, y respecto a las consecuencias familiares del alcoholismo consideran que “determinar el grado de esta repercusión no es tan simple, al depender básicamente de dos factores: la pauta del consumo de la bebida, y de la vulnerabilidad de la familia”.

Dentro de esta problemática familiar, en cuanto a los hijos de un paciente alcohólico que han vivido en un ambiente familiar con relaciones disfuncionales o psicopatológicas debidas al consumo de alcohol de uno de los miembros de la familia, serán un grupo de alto riesgo para el futuro desarrollo del alcoholismo. Aunque los antecedentes familiares de alcoholismo (al igual que los de malos tratos) no se deben considerar el factor exclusivo y determinante de riesgo de futuras conductas adictivas (y violentas) en la etapa adulta, en muchas ocasiones la presencia de un progenitor alcohólico hacen que el cónyuge y los hijos se conviertan en grupos de riesgo importante.

Aun así no se puede afirmar que haya una relación directa del alcoholismo paterno o materno con los trastornos en los hijos de alcohólicos, ya que según el Programa Alfil (56, 57, 58) no todos los hijos de padres alcohólicos estarán predispuestos a padecer trastornos o repercusiones que precisen atención terapéutica, aunque sí formen parte de grupos de alto riesgo.

## **CONCLUSIONES:**

El alcoholismo es una enfermedad vigente en la actualidad que repercute en la salud individual de los enfermos y en la de las personas que les rodean, ya que la presencia de una persona adicta en la familia contribuye a que los demás miembros sufran unas dificultades que conllevará una pérdida de calidad de vida (en el mejor de los casos). En nuestra sociedad, la legalidad de las bebidas alcohólicas y su buena imagen social hacen que el alcohol sea un elemento totalmente accesible, lo cual favorece el consumo del mismo, y si a todo esto unimos la permisividad del acto de beber y la concienciación social sobre su capacidad socializadora, no es de extrañar los problemas de consumo de alcohol existentes.

En la actualidad la detección, el seguimiento y tratamiento de los pacientes alcohólicos es una práctica habitual en nuestro Sistema Sanitario, pero con la realización de la presente revisión, se ha descubierto que a nivel de la Atención Primaria el tratamiento de la familia de éste tipo de enfermos es un aspecto que no se tiene demasiado en cuenta, ya que la atención se centra sobre el enfermo alcohólico; en caso de que los familiares presenten alteraciones de salud, serán considerados episodios aparte, en lugar de problemas secundarios o relacionados con el alcoholismo del familiar. Existen Guías de Práctica Clínica para el tratamiento de estos problemas de forma individualizada pero que no se llevan a cabo de forma conjunta con el problema familiar de base.

Aunque algunas de las referencias bibliográficas de consulta utilizadas son antiguas, pero se han utilizado por la importancia de su contenido y por considerarse fundamentales para el presente trabajo.

Desde una perspectiva holística y empática, esencia diferencial de la enfermería frente al resto de las disciplinas, se consideran las repercusiones familiares del alcoholismo una realidad a tratar, considerando las raíces que han favorecido el nacimiento y progresión de dichos problemas y el presente trabajo puede ser un punto de inflexión para futuras líneas de investigación. Así, debería establecerse y afianzarse en el ámbito del SNS el tratamiento holístico y comunitario de las familias de los enfermos alcohólicos, ya que es un aspecto que a través del paso por diferentes Centros de Atención Primaria y de la literatura consultada, se ha podido comprobar que estos

problemas no son abordados ligados a su factor desencadenante. Por todo esto, en el alcoholismo, es tan importante la atención al enfermo como la atención a la familia, para abordar una enfermedad familiar con múltiples y diferentes caras, que afectarán de forma diferente e individualizada a cada miembro.



**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22 Edición. Madrid, España. 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>.
2. Martín Centeno A, Riojano Capilla J. Conceptos y anamnesis del consumo de alcohol en la consulta de Atención Primaria. Medicina General. 2000; 29: 957-962.
3. Comisión Clínica para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe. Informe Sobre alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. 2007; 37-46.
4. Comisión Clínica para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe. Informe Sobre alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. 2007; 19-40.
5. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Valencia: Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana y Departamento de Salud Mental y Dependencia de sustancias de la Organización Mundial de la Salud. 2001.
6. Rodríguez-Martos A, Rosón B. Definición y Terminología. En: 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de los Problemas Derivados del Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. P. 39-48.
7. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y Atención Primaria de la Salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2008.
8. Lizarbe V. Antecedentes y Estado Actual. En: 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de los Problemas Derivados del Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. P. 49-60.
9. Galbe Sánchez-Ventura J, Traver Cabrera P, Grupo Previnfad. El Consumo de Alcohol en la Adolescencia. FAMIPED. 2012; 6 (1).
10. Galbe Sánchez-Ventura J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. Pediatr Aten Primaria. 2012; 14: 335-42.
11. Moreno Ortigosa A. Efectos Saludables del Consumo Moderado de Vino. Zubía

- Monográfico. 2000; 12: 59-102.
12. Rayo Llerena I, Marín Huerta E. Vino y Corazón. *Revista Española de Cardiología*. 1998; 51 (6): 435-49.
  13. Galán I, Álvarez J. Magnitud del Problema. En: 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de los Problemas Derivados del Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. P. 8-38.
  14. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe Sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
  15. Martín Salinas C. Alcohol, tabaco y ECV. En: Aranceta Bartrina J. Guía para una alimentación cardiosaludable. Madrid: IM&C Internacional Marketing Communications; 2009. P. 81-90.
  16. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Problemas de Salud Pública Causados por el Uso Nocivo del Alcohol. OMS. 2005.
  17. Oficina Regional Europea de la OMS. Marco de Referencia para la Política Sobre Alcohol en la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
  18. Plan Nacional Sobre Drogas. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
  19. Observatorio Español Sobre Drogas. Informe 2009 del Observatorio Español Sobre Drogas. Situación y Tendencias de los Problemas de Drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. P. 15-64.
  20. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Notas de Prensa. Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. 2013.
  21. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. El Proceso de la Adicción al Alcohol. En: Informe Sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. P. 61-66.
  22. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y Atención Primaria de Salud: Informaciones Clínicas Básicas para la Identificación y el Manejo de Riesgos y Problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2008. P. 9-56.
  23. Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis Económica y Salud. *Gac Sanit*. 2009; 23(4): 261-65.
  24. Gómez-Talegón MT, Álvarez González FJ. Problemas Laborales en Pacientes

- Dependientes del Alcohol: Evolución en un Año de Tratamiento. *Med Segur Trab (Internet)*. 2009; 55(216):20-25.
25. Jiménez Arriero MA, Pascual Pastor F, Flórez Menéndez G, Contel Guillamón M. Alcoholismo: Guías Clínicas Socidrogalcohol Basadas en la Evidencia Científica. 2ª Ed. Valencia: Socidrogalcohol. 2008. P. 35-48.
  26. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. El Proceso de la Adicción al Alcohol. En: Informe Sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. P. 67-95.
  27. Arnold M, Osorio F. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Moebio (Internet)*. 1998; 3: 40-49.
  28. Von Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, Desarrollo, Aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica. 1989.
  29. Bustamante Edquén S. Enfermería Familiar: Principios de Cuidado a Partir del Saber (In) Común de las Familias. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo. 2004. P. 15-56.
  30. Calvache Pérez M. La Enfermería Sistémica: Propuesta de un Modelo Ecológico. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. 1989.
  31. Ramírez Serrano LA. El Funcionamiento Familiar en Familias con Hijos Drogodependientes. Un Análisis Etnográfico [Tesis Doctoral]. Valencia: Departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia; 2007.
  32. Osorio Rodríguez A, Álvarez Mora A. Introducción a la Salud Familiar. San José, Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). 2004.
  33. 51ª Asamblea Mundial de la Salud. Documentos Básicos: Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45ª Ed. OMS. 1946. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
  34. Díaz R, Serrano L. ¿Alcohol en la Familia? Una guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL. 2001.
  35. Díaz R. Programa Alfíl: Guía de Actuación Preventiva para Niños y Jóvenes de Familias con Problemas de Alcohol. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL. 2004. P. 9-22.
  36. Rossow I, Hauge R. Who Pays for the Drinking? Characteristics of the Extent and Distribution of Social Harms from Others' Drinking. *Addiction*. 2004; 99: 1094-

- 102.
37. Climent B, Gafo N, Llerena G, González V. Patología Médica Asociada al Consumo Perjudicial de Alcohol. En: Monografía sobre el Alcoholismo. Barcelona: Socidrogalcohol. P. 181-218.
  38. Guardia Serecigni J. Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados al Consumo Excesivo de Alcohol. En: Monografía sobre el Alcoholismo. Barcelona: Socidrogalcohol. P. 219-94.
  39. Pascual Pastor F. Consecuencias Sociales del Consumo Perjudicial de Alcohol. Monografía sobre el Alcoholismo. Barcelona: Socidrogalcohol. P. 295- 332.
  40. Parés A, Caballería J, Izquierdo M, Casas M, Guardia J. Alcohol y Patología Clínica. Adicciones. 2002; 14 (1): 155-220.
  41. García MP, Bastida N, Cañuelo B, Plasencia A. Alcohol y Patología Social. Adicciones. 2002; 14(1): 221-289.
  42. Guardia J. Aspectos Clínicos de la Dependencia de Alcohol y Cocaína. En: San L, Guardia J. Dependencia de Alcohol y cocaína. Adalia Farma. Madrid. 2004. P. 21-40.
  43. Lipsky S, Caetano R, Field CA, Larkin GL. Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women. J Stud Alcohol. 2005; 66:407-12.
  44. Boles SM, Miotto K. Substance Abuse and Violence: A review of the Literature. Agression and Violent Behavior. 2003; 8: 155-74.
  45. Fals-Stewart W, Golden J, Schumacher JA. Intimate Partner Violence and Substance Use: a longitudinal day-to-day examination. Addictive Behaviors. 2003; 28: 1555-74.
  46. Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Alcohol Use and Intimate Partner Violence as Predictors of Separation Among US Couples: a longitudinal model. J Stud Alcohol. 2005; 66:205-12.
  47. Instituto Nacional de Salud. Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso: Guía Para Profesionales de la Salud. Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA). 2007; 7.
  48. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS

- del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008.
49. Vázquez-Barquero J.L. et all. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, SA; 1998.
  50. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja. Murcia: Servicio Murciano de Salud. 2011.
  51. Ortiz González AL. *La violencia doméstica contra las mujeres*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo. 1997.
  52. García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria*. Málaga: Distrito Sanitario Málaga- UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”. 2011.
  53. Lloret Irlles D. *Alcoholismo: Una visión familiar*. *Salud y Drogas*. 2001; 1(1).
  54. García Más MP. *Patología Familiar y Violencia Doméstica*. *Adicciones*. 2002; 14(1): 221-39.
  55. Steinglass P, Bennett LA, Wollin SJ. *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa. 1989.
  56. Díaz R. Programa Alfil: *Guía de Actuación Preventiva para Niños y Jóvenes de Familias con Problemas de Alcohol*. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL. 2004. P. 22-37.
  57. Díaz R, Ferri MJ. *Intervención en Poblaciones de Riesgo: Los Hijos de Alcohólicos*. *Adicciones*. 2002; 14(1): 353-74.
  58. Cortés Tomás MT, Giménez Costa JA, Motos Sellés P. *Factores que Incrementan la Vulnerabilidad hacia el Alcoholismo*. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J. *Monografía sobre el Alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol. P. 143-80.

**ANEXOS:****Anexo 1: Cuadro con Palabras Clave y combinación de palabras para la búsqueda.**

PALABRA CLAVE	MEDICAL SUBJECT HEADLINES (MeSH)	OPERADOR BOOLEANO	SUBHEADING (SH)	
Alcohol	Alcohol	AND	Dependencia	
			Abuso	
			Adicción	
Adicción	Addiction	AND	Consecuencias Familiares	
Alcoholismo	Alcoholism	NOT	Esporádico	
			Botellón	
			Juvenil	
			Juvenil [AND] Enfermería	
	Alcoholism	Alcoholism	AND	Familia
				España
				Cuidados Enfermeros
				Enfermería
				OMS/WHO
				Atención Primaria de Salud
				Consecuencias Familiares
				Conductas de Riesgo
				Dipsomanía
				Problemas Familiares
				Familia
OR	Dipsomanía			
Abuso de Alcohol	Alcohol Abuse	AND	Salud Familiar	
Efectos	Efects	AND	Abuso de Alcohol	
Salud Familiar	Family Health	AND	Alcoholismo	
		OR	Homeostasis Familiar	
Familia	Family	AND	Alcohol [AND] Consecuencias	
Cuidados Enfermeros	Nursing Cares	AND	Familia [AND] Alcoholismo	
			Familia [AND] Crisis	
Crisis Familiar	Family Crisis	OR	Problemas Familiares	

Fuente: Elaboración Propia

**Anexo 2: Cuadro de Selección de Documentación.**

Sitio web	Autores y año...	Tema
<b>Ministerio de Sanidad y Consumo</b>	1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. 2007.	<b>Prevención de los problemas derivados del Alcohol.</b>
	Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. 2007	<b>Informe Sobre Alcohol</b>
	Anderson P, Gual A, Colon J. 2008.	<b>Alcohol y Atención Primaria de la Salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas</b>
	Oficina Regional Europea de la OMS. 2006.	<b>Marco de Referencia para la Política Sobre Alcohol en la Región Europea de la OMS.</b>
	Observatorio Español Sobre Drogas.	<b>Informe 2009 del Observatorio Español Sobre Drogas. Situación y Tendencias de los Problemas de Drogas en España.</b>
	Díaz R. 2004.	<b>Programa Alfil: Guía de Actuación Preventiva para Niños y Jóvenes de Familias con Problemas de Alcohol</b>
<b>Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA)</b>	INS y NIAAA. 2007.	<b>Guía para Profesionales de la Salud: Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso</b>
<b>Instituto Nacional de Estadística</b>	INE. 2013.	<b>Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.</b>
<b>CUIDEN</b>	Martín Centeno A, Riojano Capilla J. 2000.	<b>Conceptos y anamnesis del consumo de alcohol en la consulta de Atención Primaria.</b>
<b>TESEO</b>	Ramírez Serrano LA. 2007.	<b>El Funcionamiento Familiar en Familias con Hijos Drogodependientes. Un Análisis Etnográfico</b>
<b>Pubmed</b>	Fuertes MC, Maya MU. 2001.	<b>Atención a la Familia: La Atención Familiar en Situaciones Concretas</b>
<b>GuíaSalud</b>	Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008.	<b>Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria</b>
	Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja. 2011.	<b>Guía de Práctica Clínica para la Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja</b>
	García-Herrera Pérez Bryan JM, Noguera Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. 2011.	<b>Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria</b>

Fuente: Elaboración Propia