

Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectivas de pacientes y familiares

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez¹
María Dolores Guerra-Martín¹
Isabel Domínguez-Sánchez²
Marta Lima-Serrano³

Objetivos: conocer las perspectivas de enfermos alcohólicos y de familiares sobre las características de la conducta de la enfermedad, identificando las dificultades para modificar la conducta adictiva y emprender la recuperación. **Método:** investigación etnográfica desde la antropología interpretativa, mediante observación participante y entrevista en profundidad con enfermos alcohólicos y sus familiares, miembros de Alcohólicos Anónimos y Al-anon en España. **Resultados:** el desarrollo de la conducta de enfermedad en el alcoholismo es complejo dadas las dificultades para interpretar el modelo de consumo como señal de enfermedad. Los enfermos suelen mantenerse largos periodos de tiempo en la etapa de precontemplación retrasando la demanda de asistencia, a la que suelen llegar sin aceptar el rol de enfermo. Esto dificulta la recuperación y se relaciona con la consideración social del alcoholismo y el autoestigma en alcohólicos y familiares, llevándoles a negar la enfermedad, la consideración de enfermo y la ayuda. La labor de los grupos de ayuda mutua y la implicación de los profesionales sanitarios resulta fundamental para su recuperación. **Conclusión:** conocer el desarrollo de la conducta de enfermedad y el proceso de cambio de la conducta adictiva, puede ser de utilidad para enfermos, familiares, y profesionales sanitarios, permitiéndoles actuar de forma específica en cada etapa.

Descriptores: Consumo de Bebidas Alcohólicas; Rol del Enfermo; Conducta Adictiva; Grupos de Autoayuda.

¹ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

² Enfermera, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

³ PhD, Profesor Asistente, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Introducción

El alcoholismo constituye un problema de salud pública a nivel mundial, estimándose que afecta al 10% de la población, produciendo 2,5 millones de muertes anuales. Europa con 23 millones de alcohólicos es la región de mayor consumo, con 195.000 muertes anuales⁽¹⁻³⁾. El alcohol constituye la sustancia adictiva con más consecuencias negativas, en términos de morbilidad y mortalidad y la más relacionada con violencias, tanto en homicidios como en muertes por accidentes automovilísticos⁽³⁻⁵⁾.

A pesar de ello, el alcohol forma parte de la vida social y cultural, y de los estilos de vida en países occidentales, donde existe una excesiva permisividad hacia su consumo^(2,5). Socialmente se acepta al bebedor moderado y se rechaza al que bebe descontroladamente, considerando que las personas pueden hacer un uso adecuado y normal, sin tener en cuenta que el alcohol puede anular su voluntad y llevarle progresivamente al alcoholismo. Así, se deposita la responsabilidad del alcoholismo en la persona que lo padece, en lugar de hacerlo sobre los efectos del alcohol, y se rechaza y margina al enfermo incapaz de controlarlo⁽⁶⁻⁷⁾. Por tanto, estamos ante una enfermedad que afecta a nivel somático, psicológico y social, cargada de fuerte desaprobación social, lo que influye en el modo en que la persona desarrolla la conducta de enfermedad y su difícil abordaje terapéutico⁽⁸⁻¹⁰⁾.

El término conducta de enfermedad se refiere a la disposición estable de la persona a responder de forma determinada ante la enfermedad, como resultado de la interacción entre variables personales y sociales. Se desarrolla siguiendo las siguientes etapas: (1) inicial, en la que se perciben e interpretan los síntomas, (2) asunción del papel de enfermo tras interpretar los síntomas como enfermedad, (3) búsqueda de asistencia para resolver el problema, (4) asunción del papel de paciente aceptando las recomendaciones, y (5) recuperación o aceptación de la enfermedad en caso de cronicidad⁽¹¹⁻¹²⁾.

Desde otro enfoque, es posible identificar los niveles de predisposición de una persona para modificar su conducta adictiva⁽¹³⁾. El Modelo Transteórico de Prochaska considera el cambio de conducta como un proceso que se desarrolla en cinco etapas: 1) Precontemplación, en la que la persona no intenta actuar en un periodo inmediato, 2) Contemplación, donde la persona intenta cambiar en los próximos seis meses, 3) Preparación, cuando la persona está dispuesta a realizar

acciones en menos de un mes, 4) Acción, cuando se han realizado cambios durante los últimos seis meses, 5) Mantenimiento, cuando la persona confía en los cambios y tiene menor probabilidad de volver a la conducta no deseada⁽¹⁴⁾.

Es necesario tener en cuenta que múltiples factores influyen sobre el desarrollo de esta conducta, destacando las creencias, expectativas y opiniones sobre la enfermedad del grupo de pertenencia, pues la vivencia total de la enfermedad está modelada por la sociedad y la cultura⁽¹⁰⁾. Esto resulta especialmente importante en enfermedades socialmente estigmatizadas^(2,6), como en el caso del alcoholismo. Esto puede dar lugar al autoestigma en el enfermo y familia, llevándoles a reducir su autoconfianza y autoestima, al aislamiento social, falta de interés por adquirir conocimientos sobre la enfermedad, y disminución de la esperanza en la recuperación⁽¹⁵⁾. Es habitual que tengan dificultades para identificarse como enfermo y solicitar asistencia terapéutica.

Las enfermeras son el grupo profesional con mayor participación en el cuidado de pacientes adictos a sustancias como el alcohol, y su posición les permite ayudarles^(7,16) a adoptar de forma temprana el papel de enfermo y así llevarlos a pasar desde la precontemplación a las siguientes etapas en el proceso de cambio de conducta. Para ello es fundamental la comprensión de la conducta de enfermedad desde el punto de vista del paciente y la familia, por las connotaciones psicosociales que esta tiene. En base a lo expuesto, y dado el escaso número de estudios localizados sobre este tema, para acrecentar el cuerpo de conocimientos disciplinar enfermero y poder mejorar la atención a estos pacientes, nos planteamos conocer las perspectivas de los enfermos alcohólicos y de sus familiares sobre el desarrollo de la conducta de enfermedad. También nos enfocamos en identificar las principales dificultades que encuentran para modificar la conducta adictiva y emprender la recuperación.

Métodos

Se planteó una investigación cualitativa, siguiendo la guía COREQ para la descripción de la metodología⁽¹⁷⁾. La población de estudio fueron enfermos alcohólicos y sus familiares, de los grupos de las asociaciones de Alcohólicos Anónimos (AA) y Al-anon de la provincia de Sevilla (España), localizados en los escenarios donde llevan a cabo los procesos de recuperación⁽¹⁸⁾. La selección se realizó por muestro deliberado, buscando

casos de enfermos alcohólicos que se encontraran en la última etapa de la conducta de enfermedad y del proceso de cambio de la conducta adictiva, contando también con sus familiares. Por tanto, se incluyeron enfermos en recuperación y sus familiares. Para interpretar los significados del consumo de alcohol, del desarrollo de la conducta de enfermedad y del proceso de cambio de la conducta adictiva, se utilizó el método etnográfico que permite entender aspectos sociales y culturales de grupos que comparten características. Esto permitió descubrir los significados de las prácticas, las motivaciones y las concepciones, integrándolas en el contexto cultural, desde la antropología interpretativa basada en el paradigma hermenéutico⁽¹⁷⁾.

El estudio se enmarca en una línea de investigación en la que se pretendía describir la gestión de la enfermedad, en el contexto de los grupos de ayuda mutua. Previamente, el equipo de investigación contactó con los responsables de los grupos de AA y AI-anon participantes y se les explicaron los objetivos del estudio y las razones del mismo.

Las técnicas de recogida de datos fueron la observación participante y entrevistas en profundidad. Se elaboraron guiones para ambos tipos de técnicas acordes con los objetivos del estudio, consensuados por los miembros del equipo de investigación. Como entrevistadores participaron dos miembros del equipo de investigación, hombre y mujer, con formación antropológica y grados de Doctor y de Máster respectivamente.

La observación se realizó mediante la participación en cincuenta reuniones cerradas y abiertas en los espacios donde llevan a cabo su programa de recuperación los grupos de AA y AI-anon y culminó en el año 2013. Asistían un promedio 40 personas, 25 enfermos alcohólicos y 15 familiares. De AA, el 80% de los asistentes eran hombres, la edad oscilaba entre 25 y 65 años, siendo el grupo más numeroso el comprendido entre 40 y 60 años de edad. De AI-Anon, el 90% eran mujeres, de edad entre 30 y 65 años y el grupo más numeroso era el de entre 35 y 50 años. Se realizaron además, cinco entrevistas cara a cara a tres enfermos (hombres de 43, 61 y 67 años) y dos familiares (mujeres de 38 y 50 años), en el domicilio de los entrevistados o en el centro de trabajo de los investigadores. Estas duraron entre 90 y 120 minutos, fueron grabadas y transcritas literalmente. Las observaciones y entrevistas se llevaron a cabo en ausencia de otros actores no involucrados en la investigación. La saturación de información vino a determinar el final de la recogida de datos, en la medida en que la información recogida se repetía y no surgía conocimiento nuevo y

relevante. Finalmente, se ofrecieron las entrevistas y los resultados del estudio a los participantes para recoger sus comentarios o correcciones.

En el análisis de datos participaron dos miembros del equipo de investigación. Se realizó tras la lectura exhaustiva de las transcripciones de entrevistas, las notas de campos recogida de las observaciones, y de los testimonios ofrecidos durante la participación en las reuniones. Dado que la conducta de enfermedad es el resultado de la interacción entre variables personales y sociales, se tuvieron en cuenta como temas principales las etapas de dicha conducta para la codificación de los datos, considerando también el proceso de cambio en la conducta adictiva de acuerdo al Modelo Transteórico de Prochaska, y otros factores socioculturales que influyen en la vivencia de la enfermedad. Se establecieron núcleos o unidades de significación, en los que se buscaban las semejanzas y diferencias ofrecidas por los participantes siguiendo los términos de la interpretación hermenéutica⁽¹⁷⁾. La presentación de los resultados se realiza en base a los testimonios (T) recogidos en las reuniones y lo manifestado en las entrevistas (E).

Se solicitó consentimiento informado a los responsables de ambas asociaciones, y a los participantes. Se garantizó el anonimato, confidencialidad y la protección de datos. El estudio fue autorizado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de Sevilla (España).

Resultados

Etapas de percepción e interpretación de los signos de enfermedad

Las personas alcohólicas participantes en la investigación solían iniciarse al consumo de alcohol en edades muy tempranas, contribuyendo a ello el hecho de haber convivido con otras personas bebedoras, o en un ambiente en el que el consumo era bien aceptado. En muchos casos se aprecia que las esposas de alcohólicos habían vivido experiencias similares. *Yo trabajaba desde chico "rodeado" de hombres mayores y a la hora de almorzar, me llenaban el vaso de vino y yo me lo bebía...* (T1). *Mi padre era alcohólico y cuando me casé, pues resulta que mi marido también es alcohólico, que a su vez su padre también es alcohólico* (E4).

Durante los primeros años, el consumo de alcohol de estas personas formaba parte de la diversión, el ocio, las relaciones sociales. Esto les ayudó a vencer ciertos problemas de personalidad como inseguridad,

timidez o a mejorar sus relaciones con amigos, personas de distinto sexo, etc., lo que les llevaba a encontrar beneficios en el consumo. *El alcohol era como una medicina que me ayudaba a resolver mis problemas de personalidad, mi timidez, mi vergüenza, mis miedos (T2). El, al principio, se tomaba una "copitas" y se le soltaba la lengua, hablaba, contaba chistes era mucho más divertido, y a mí eso me gustaba (E4).* Este modelo de consumo, a pesar de que en ocasiones resultaba excesivo, se solía considerar como normal, por el consumidor y su propia familia. *Mi marido bebía los fines de semana y en ocasiones perdía los papeles. Pero, como yo también había visto siempre mucha gente así, "po" pensaba que era lo normal (E5).*

En esta primera etapa precontemplativa, los futuros alcohólicos se consideraban bebedores sociales capaces de controlar. Esto les impedía percibir o interpretar su modelo de consumo de alcohol como signo o síntoma de enfermedad, a pesar de que la mayoría afirmó reconocer, que desde los inicios, su forma de consumir era diferente a la de otras personas. *Yo me acuerdo que mientras los chavales a lo mejor se bebían dos "buchitos", yo me la bebía la copa entera. Me daba cuenta de que bebía más y bebidas más fuertes (E1).* De esta manera el consumo iba aumentando progresivamente, llevándoles a la pérdida de control sobre el mismo hasta sobrepasar lo que denominaban como "línea invisible". Esta línea separa al bebedor social que es capaz de controlar del bebedor incapaz de hacerlo. Pasar esta línea suponía perder la posibilidad de regresar a un consumo controlado y encaminarse al desarrollo progresivo de la enfermedad. *Esa línea invisible es como si usas una escalera para pasar un muro muy alto y, cuando has pasado, ves que al otro lado no hay escalera y ya no puedes volver atrás (T3).*

Perdida la capacidad de controlar el consumo, se empieza a negarlo. Esta negación se producía también en las familias que ocultaban la existencia del problema y del enfermo. *Sabían que bebía pero creían que no bebía tanto, porque mi mujer también se tenía escondido el tema (E1).* Con frecuencia, estas personas normalizaban el consumo excesivo de alcohol y desconocían la existencia de la enfermedad. *Desde que era muy pequeña, siempre rodeada de personas que han bebido mucho alcohol, mi padre, incluso mi abuelo. Yo, en realidad no sabía que mi padre era alcohólico hasta que empecé a asistir a los grupos de Al-anon (E4).*

El aumento progresivo del consumo llevaba al alcohólico a anteponer el alcohol a otras responsabilidades familiares, laborales, sociales, y se acompañaba de una serie de problemas que afectaban a las esferas de su vida y de su familia. *Esta enfermedad es como un charco de agua, que cuando lo pisas salpicas a todo el que te rodea (T4).*

Aumentaba su alcoholismo y yo me iba agravando cada vez más en lo que era mi comportamiento y acababa pagándolo con los niños, siempre chillándoles (E5).

La falta de desempeño de los roles conyugal o parental por parte del alcohólico iba afectando cada vez más al conjunto de la unidad familiar. *Las relaciones sexuales eran un sacrificio. Sabe Dios, que eran un sacrificio, porque, el olor que desprende una persona que tiene este problema, es indescriptible (E4). Cuando yo llegaba a casa mis hijos se escondían, se quitaban de en medio (T5). Ya no es mi marido, ni el padre de mis hijos, ya no actúa como tal (T6).*

Los problemas con la justicia, las infracciones de tráfico, por conducir ebrios, los accidentes con lesiones a terceros que en ocasiones conllevan penas de cárcel, los problemas laborales y los problemas de salud derivados del consumo son habituales en esta etapa de la enfermedad. *He tenido un accidente grandísimo que es cuando me echaron los dos años de cárcel y con el trabajo y seguí bebiendo y más que eso (E1). Te afecta al hígado, el páncreas, los temblores, los sudores, las pesadillas. Necesitaba pastillas para dormir (E3).*

Sin embargo, era frecuente que los enfermos participantes no relacionaran estos problemas con el consumo de alcohol sino que responsabilizaban de ellos a su familia, jefes, amigos, etc., con los que iban rompiendo relaciones, provocando una situación de aislamiento. Además, solían utilizar estos problemas como justificación para seguir bebiendo. *La culpa de que yo bebiera la tenían los demás. Si llegaba a casa y mi mujer se enfadaba porque era tarde, pues me volvía al bar y seguía bebiendo (E3). Y al final te quedas solo, tus amigos, tu familia, todos te abandonan (T7).*

En esta fase, la familia solía tomar conciencia de la existencia del problema; intentaban que el enfermo también lo hiciera, presionándole para que dejara de consumir o disminuyera el consumo, aunque era frecuente que el enfermo siguiera negándolo. *Tú se lo quieres hacer ver a esa persona y esa persona no lo ve y te dice que no, que tú estás loca, que eso no es así, que lo que se ha tomado son dos cervezas y que no (E5).* También, algún enfermo que solicitaba asistencia o ingresaba en un centro de recuperación, contra su voluntad y por presiones familiares, una vez que disminuían las presiones volvía a consumir. *A mí me ingresaron en el centro de recuperación a la fuerza, y lo primero que hice cuando salí de allí fue darme un "homenaje" (T9).*

Las presiones familiares podían llevar al alcohólico a realizar intentos de abandonar el consumo, generalmente por su cuenta y sin solicitar ayuda para ello, hasta el punto de permanecer algún tiempo sin

consumir, aunque finalmente solía recaer. *Cuando se ponía fresco decía que ya no bebía más y que iba a dejar de beber, y a lo mejor se llevaba tres meses sin beber, pero tres meses "amargadito perdió" (E4). Yo lo he intentado muchas veces. Dejaba de beber y después de algún tiempo, empezaba de nuevo con cerveza sin alcohol y, cuando ya estaba confiado, las tomaba con alcohol y al poco tiempo ya estaba "enganchado" (T8). Estos testimonios recogidos ayudaron a entender que se encontraban entre dos fuerzas divergentes: por un lado las ventajas derivadas del consumo (como ayuda para evadirse de sus problemas o evitar los síntomas asociados a la abstinencia) y por otro, las consecuencias negativas (entre las que destacaban, junto a los problemas ya señalados, el sufrimiento espiritual característico de esta etapa). Con el alcohol me sentía eufórico, me olvidaba de los problemas con el trabajo, la familia, era como una evasión (T10). Me levantaba de la cama y todo me daba vueltas, las manos me temblaban, unas fatigas horribles, y cuando me tomaba dos copas se me ponía buen cuerpo (T11). Es el sufrimiento después de una borrachera, y la conmiseración, y el arrepentimiento, pero te sientes tan mal que enseguida vuelves a beber (T12).*

Tomar conciencia de la enfermedad

Puntualmente, tras una borrachera, una fuerte resaca o un accidente, aparecían sentimientos de autoinculpación y arrepentimiento que les hacía tomar una leve conciencia de su situación y elaborar el deseo de abandonar el consumo. Incluso hasta llegar a la fase de contemplación y preparación, dependiendo del caso. *Es una enfermedad del alma, que te llena de sufrimiento. Cuando tenía conciencia de lo que había hecho, sentía dolor y remordimiento y juraba que no iba a beber más (E3). Quieres dejar de beber pero no puedes porque el alcohol te ha hecho su esclavo (T13). En muchos casos el enfermo alcohólico terminaba por "tocar fondo" y aceptar que su modelo de consumo era la fuente de sus problemas. Lo aceptas, cuando ya todo te da igual, cuando ya no te queda nada que perder, cuando al final "tocas fondo" (T14). Para los participantes, tocar fondo se relacionaba con dejar de percibir al alcohol como aliado y empezar a verlo como causa de sus problemas, dejar de encontrarle sentido a una vida ingobernable, por la enfermedad y los problemas que le ocasionan. Y ya te das cuenta que no, que en tu casa no eres nadie, que no tienes control de "na", no sabes "na", te da vergüenza de llegar a tu casa (T15). Aquella noche cuando volví borracho a casa mi mujer había cambiado la cerradura y estuve tres días durmiendo en la furgoneta. Estuve a punto de perder a mi familia, entonces pedí ayuda (T16). De*

esta manera el enfermo va adentrándose en la etapa de preparación dentro del proceso de cambio que le llevara a la búsqueda de asistencia.

La búsqueda de asistencia

En otros casos, las personas alcohólicas buscaban ayuda sin llegar a considerarse enfermos. *Decía yo: El alcohólico es el pobrecito que está viviendo debajo de un puente, que empiezan a temblarle las manos, que tiene vómitos y escalofríos por las mañanas, a mí eso todavía no me había "ocurrío" (E2). En otros casos, no se planteaban dejar de consumir alcohol sino que querían aprender a controlar el consumo. Yo no vine a A.A. para dejar la bebida, sino para aprender a beber. Porque yo no era alcohólico, alcohólico era el que estaba con el tetrabrik, o tirado en la calle bebiendo (T17).*

Aceptación del papel de paciente

Las personas que acudían por primera vez a las reuniones de AA, tardaban tiempo en considerarse enfermos. El proceso de aceptación de este rol comenzaba con un cambio en la imagen que tenían del alcohólico. *Yo pensaba, cuando iba para la primera reunión, allí me voy a encontrar a un montón de borrachos bebiendo y diciendo tonterías (T18). El cambio se producía al observar en las reuniones a numerosos enfermos alcohólicos cuya imagen se alejaba de la que ellos tenían del enfermo alcohólico. Yo vi a personas que sonreían, que estaban alegres, mientras yo ya llevaba mucho tiempo sin sonreír (T19). Tras cambiar su imagen preconcebida, hacia la de persona normal que padece una enfermedad, se facilitaba el inicio de un proceso de identificación con aquellos iguales que asistían a la reunión y que, en sus testimonios, narraban experiencias y problemas similares a los que ellos tenían. Llegas a un sitio con muchos problemas, con un cacao emocional, sentimental, un trastorno, me temblaba todo el cuerpo. Personas que no te conocían, que no te habían visto en su vida, y parecía que me conocían de hacía años (E1). Cuando yo asistí a las primeras reuniones, pensé que alguien les había contados mi vida a los que estaban allí, porque yo me vi reflejado en todo lo que ellos contaron (T20). Igualmente, en las reuniones se hacía referencia al alcoholismo como enfermedad crónica. El alcoholismo es una enfermedad, crónica, progresiva y mortal, reconocida por la Organización Mundial de la salud (T21).*

Los asistentes solían describir cómo se encontraban cuando acudieron por primera vez a AA, reflejando un estado similar al de la persona recién llegada y también mostraban los cambios en sus vidas con la recuperación,

transmitiendo al recién llegado que había solución a sus problemas ayudándole a ver al alcoholismo como enfermedad que tiene recuperación.

Etapa de recuperación

Conforma la última etapa de la conducta de enfermedad y debe venir precedida de la aceptación del rol de paciente. Se observa que la primera medida en la recuperación era el abandono total del consumo. *A mí dos botellas de güisqui no me hacen daño, lo que me hace daño es la primera copa porque no puedo parar, porque una pequeña dosis de alcohol en el organismo activa inmediatamente el proceso de la enfermedad y se pone en funcionamiento. Es como un tren, que arranca la máquina y se va llevando "to" los vagones por delante (E2).* El proceso de recuperación de los participantes tenía como objetivo desarrollar un régimen de vida en abstinencia y evitar las recaídas. *Para recuperarte del alcoholismo es necesario dejar de beber y cambiar de actos y actitudes (T22). Es un programa de vida, no "pa" dejar de beber, eso está claro. Pero "pa" mantenerte necesitas una reeducación de la vida, que es de lo que se trata (E1).* En esta etapa resulta fundamental la labor de los grupos de ayuda mutua para mantener al enfermo alcohólico en las etapas de acción y mantenimiento de la conducta de salud que ha sustituido a la conducta adictiva.

Discusión

Se observó que el perfil de los miembros asistentes a las reuniones del grupo de AA estudiado es similar al de otros grupos españoles⁽¹⁹⁾.

Dado que en la conducta de la enfermedad intervienen factores personales y sociales, la combinación del enfoque teórico que proporciona el Modelo Transteórico de motivación del cambio de Prockaska con el método etnográfico permite captar la influencia de estos factores sobre el desarrollo de dicha conducta. En efecto, se observó que el enfermo alcohólico puede presentar alguna motivación para el cambio como lo es el reconocimiento de un patrón de consumo diferente y superior al de la mayoría de las personas de su entorno. Sin embargo, encuentra numerosas barreras para modificar su modelo de consumo; destacan las ventajas asociadas al mismo en términos de diversión, ocio y mejora en las relaciones sociales⁽²⁰⁾, y la negación del problema, desde la creencia de que este modelo de consumo no es problemático y es capaz de controlarlo. Estas barreras dificultan la identificación de la enfermedad⁽²¹⁾ y el avance hacia las siguientes en las etapas de la conducta de enfermedad y

de la motivación para el cambio⁽¹³⁻¹⁴⁾, permaneciendo con frecuencia en la fase precontemplativa.

Como decíamos, un tema nuclear en la conducta de enfermedad del alcohólico y sus familiares es la negación del problema. Esta negación podría estar íntimamente relacionada con el estigma social asociado al alcoholismo que les lleva a ocultar su situación para evitar la vergüenza, la marginación, y el rechazo social^(2,6,15). Las consecuencias se reflejan en la dificultad para demandar información y ayuda, llegando incluso a rechazarla cuando se le ofrecía pues resulta contradictorio negar la existencia de un problema y a su vez buscar ayuda para resolverlo. De aquí la importancia de un abordaje social del alcoholismo que elimine el estigma que recae sobre los enfermos y sus familiares⁽¹⁸⁾.

Hay una "línea invisible" que separa al bebedor social del enfermo alcohólico que está relacionada con la capacidad de controlar el consumo. Es la diferencia entre poder decir no quiero beber más y seguir bebiendo de forma compulsiva hasta perder la cuenta⁽²⁰⁾. El consumo compulsivo y la pérdida de control son características fundamentales de esta enfermedad, pues tomar una sola copa activa dicho modelo de consumo. Así, se recomiendan los programas de abstinencia para la recuperación de estos enfermos frente a los programas de consumo controlado de alcohol⁽⁵⁾.

Los trastornos debidos al uso de alcohol generan una carga enorme para la familia y provocan conflictos interpersonales a gran escala^(2,21), pues el alcoholismo desborda el ámbito del enfermo para instalarse en el sistema familiar. La ocurrencia de estos conflictos se interpreta de forma diferente por parte del alcohólico y de la familia. El primero no los relaciona con el consumo, manteniéndose en la negación y responsabilizando a los demás de sus problemas. Debido a los conflictos, la familia empieza a tomar conciencia de la existencia de un problema en el modelo de consumo e inicia la búsqueda de soluciones, generalmente presionando al alcohólico para que lo abandone o disminuya. Por presiones familiares, los enfermos pueden aceptar la búsqueda de asistencia pero el cambio no será efectivo si estos aún se encuentran en la etapa de precontemplación. En otros casos, dichas presiones propician la conciencia de enfermedad y el avance en la recuperación, lo que demuestra la importancia de implicar a la familia en dicho proceso⁽²⁾.

A pesar de ello, suelen producirse recaídas en el consumo. Esto podría estar relacionado con la falta de ayuda o de recursos, sanitarios o sociales, necesarios para la recuperación y para el paso a las etapas de acción y mantenimiento⁽¹³⁾. Resulta fundamental el apoyo

de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, psicólogos) o la pertenencia a grupos de ayuda mutua que faciliten el proceso de recuperación^(5,16,22). Otra causa de las recaídas podría ser la no aceptación del rol de enfermo. Dicha aceptación está favorecida por el reconocimiento de que el alcohol le hace vulnerable, le produce daño y entonces, puede empezar a afrontarlo⁽⁴⁾. La aceptación del rol viene al dejar de considerar al alcohol como aliado para identificarlo como causa de sus problemas, el hecho de "tocar fondo" y la labor familiar que favorece la demanda de ayuda y del paso a la acción^(2,9,19,23).

La búsqueda inicial de asistencia suele acompañarse de una falta de información sobre la enfermedad del alcoholismo y de una imagen social del alcohólico que dificulta que estas personas asuman el rol de enfermo e inicien la recuperación. Esta situación podría explicarse desde la consideración social de que el alcoholismo no es una enfermedad sino una conducta ilegítima, por lo que la persona alcohólica tampoco lo considera una enfermedad^(2,4,6). Como consecuencia, es frecuente que al solicitar ayuda, estos enfermos no se planteen abandonar el consumo sino que tratan de aprender a controlarlo. Esto resulta inapropiado desde los programas de abstinencia alcohólica⁽⁵⁾. Por tanto, el proceso de aceptación del rol de enfermo y cambio de conducta comienza con una modificación en la imagen que tienen del alcohólico. Tras observar a otros enfermos que asisten a las reuniones, se inicia un proceso de identificación con aquellos iguales que narran, como parte del programa de recuperación de AA, sus propias experiencias⁽²⁴⁾ que en muchos casos son similares a las suyas. Identificarse como enfermo supone una liberación pues al enfermo no se le considera responsable de su enfermedad. Se entiende que es un acontecimiento que le sobreviene más allá de su capacidad de control. Para el alcohólico, ser considerado un enfermo supone un "rayo de luz" en su "túnel" de perdición y pesimismo, que le libera de la carga de culpabilidad que le acompaña. A partir de ese momento entiende que no es un depravado inhumano sino un enfermo y esto favorece el cambio de conducta, pedir ayuda y asumir el rol de paciente^(6,18).

Asumida la consideración de enfermo, esta se confirma con cada afirmación y testimonio expuesto a diario en las reuniones. Es por esto que resultan de gran utilidad los grupos de ayuda mutua⁽²²⁾ en los que se intercambian, en un ambiente terapéutico, estrategias de afrontamiento y la búsqueda de soluciones apropiadas⁽²⁵⁾ y esto facilita la adquisición del rol de paciente. En este sentido, se destaca la labor desarrollada por AA y Al-anon pues el reto de dejar de consumir resulta muy difícil si no cuentan con la ayuda de amigos y familia^(2,22).

Como limitación los resultados de este estudio pueden carecer de validez externa y, aunque estos grupos constituyen uno de los principales recursos para la recuperación de enfermos alcohólicos y familiares a nivel internacional, las unidades de observación pertenecen al contexto sociocultural concreto de Sevilla (Sur de España) por lo que se debería ser cauteloso a la hora de extrapolar los hallazgos a otras realidades socioculturales diferentes.

Conclusiones

La conducta de enfermedad en los alcohólicos tiene características propias. Se destacan las dificultades en la etapa inicial por numerosas fuentes de resistencia, como la fuerte negación, que se convierten en barreras para aceptar la enfermedad; lo que les lleva a permanecer durante largos periodos en la etapa de precontemplación de la conducta adictiva sin avanzar en el cambio y, por tanto, en la recuperación. El progreso de la conducta de enfermedad es complejo por la dificultad para asumir el rol de enfermo y alcanzar la etapa de preparación. Es habitual que soliciten ayuda antes de asumir el rol de enfermo y en estos casos el cambio de comportamiento no es efectivo. Destaca también la importancia de la familia, en un doble sentido, como recurso que puede favorecer la rehabilitación del enfermo alcohólico y como grupo que requiere ayuda para afrontar los problemas derivados del alcoholismo de alguno de sus miembros. Es fundamental la labor de los grupos de ayuda mutua en todo el proceso de recuperación.

Esta investigación tiene implicaciones para la práctica y la investigación. Es fundamental profundizar en el conocimiento de la conducta de la enfermedad del alcoholismo que, a pesar de sus graves consecuencias para la sociedad y la salud pública, con frecuencia resulta negada y presenta dificultades en su abordaje terapéutico, fundamentalmente en el ámbito de las instituciones sanitarias. En este sentido, los hallazgos son de interés para los profesionales sanitarios, y las enfermeras en particular, para mejorar la calidad del proceso terapéutico pues pueden adaptar sus intervenciones teniendo en cuenta las características de la conducta de enfermedad y las motivaciones y dificultades asociadas a cada etapa de la misma.

Referencias

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and

- alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7.
2. Oliveira GF, Luchesi LB. The discourse on alcohol in the Brazilian Journal of Nursing: 1932-2007. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(spe):626-33.
 3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acesso 1 mar 2015]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
 4. Rodríguez-Díaz FJ, Bringas-Molleda C, Villa Moral-Jiménez MV, Pérez-Sánchez B, Ovejero-Bernal A. Relationship between psychoactive substance use and family maltreatment: a prison population analysis. *Anales Psicol.* 2013;29(2):360-7.
 5. Menéndez EL, di Pardo RB. Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos*. 2006;20:29-52.
 6. Lima JS, Lima M, Jiménez N, Marín AM. Importancia de la consideración del sistema social en la aceptación del rol de enfermo alcohólico y en la búsqueda de asistencia. *Parainfo Digital*. [Internet]. 2009; 7. [acesso 1 mar 2015]. Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n7/048d.php>
 7. de Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. *Rev Bras Enferm*. 2010;6(36):1028-34.
 8. Hill JV, Leeming D. Reconstructing 'the Alcoholic': Recovering from Alcohol Addiction and the Stigma this Entails. *Health Addiction*. 2014;12:759-71.
 9. Wallhed Finn S, Bakshi AS, Andréasson S. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence. *Subst Use Misuse*. 2014;49(6):762-9. doi: 10.3109/10826084.2014.891616.
 10. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):23-35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018.
 11. Galán A, Blanco A, Pérez MA. Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *An Psicol*. 2000;16(2):157-66.
 12. Mechanic D. Illness Behaviour: an overview. In: McHugh S, Vallis M, editors. *Illness Behavior: a multidisciplinary model*. New York: Plenum Press; 1986. p. 101-9.
 13. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint; 1997. p. 99-120.
 14. Morales Z, Pascual LM, Carmona J. La validez del Modelo Transteórico a través de diferentes variables psicológicas. *Health Addictions*. 2010;10(2):47-66.
 15. Schomerus GL, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend*. 2011;114(1):12-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013.
 16. Vargas D, Luis MAV. Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(5):895-902.
 17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
 18. Palacios J. La construcción del alcohólico en recuperación: Reflexiones a partir del estudio de una comunidad de Alcohólicos Anónimos en el norte de México. *Desacatos*. 2009;29:47-68.
 19. Alcohólicos Anónimos. Encuesta de los miembros de Alcohólicos Anónimos [Internet]. Avilés: Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos [acesso 1 mar 2015]. Disponível em : http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=203
 20. Castillo CO, Silva MC. Meanings regarding the use of alcohol in families of a venezuelan poor community. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(Spe):535-42.
 21. Reinaldo AM, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(Spe):529-34.
 22. Witbrodt J, Ye Y, Bond J, Chi F, Weisner C, Mertens J. Alcohol and drug treatment involvement, 12-step attendance and abstinence: 9-year cross-lagged analysis of adults in an integrated health plan. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(4):412-9. doi: 10.1016/j.jsat.2013.10.015.
 23. Campos EA. Why are alcoholics anonymous? Anonymity and identity in treating alcoholism. *Interface-Comunicação Saúde Educ*. 2009;13(28):19-30.
 24. Lederman LC, Menegatos LM. Sustainable Recovery: The Self- Transformative Power of Storytelling in Alcoholics Anonymous. *J Groups Addiction Recovery*. 2011;6(3):206-27. doi:10.1080/1556035X.2011.597195
 25. Giffoni FAO, Santos MA. Community Therapy as a Method to Address the Problem of Alcohol Abuse in Primary Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(Spe):821-30.

Recibido: 3.9.2014

Aceptado: 3.5.2015