

La reconsideración de las experiencias adversas de los que conviven con un alcohólico como recurso socioterapéutico: Un hito a asumir, la codependencia.

Dr. Francesc Freixa i Sanfeliu

*Medico Especialista en Neurología y Psiquiatría.
Alcoholología - Toxicomanías.*

La conducta alcohólica típica del Síndrome de Dependencia del Alcohol o Enfermedad Alcohólica Primaria SDA/EAP, no es una consecuencia exclusiva, de una psicopatología característica, sino expresión de la progresiva neuroadaptación resultado de los procesos neurobioquímicos de tolerancia, al iniciarse el uso "socioculturalmente normativo" de las bebidas alcohólicas, en relación, evidentemente con el grado de "exposición" epidemiológica. Este conjunto de acaeceres interactuantes conllevan, a medio o a largo plazo, una progresiva "neurotización alcohólica" (1) que sí condiciona una psicopatología y comportamientos específicos, peculiares, que su vez se retroalimentan de la incapacidad del entorno, incluido el familiar; para comprender y entender los efectos de una sustancia con riesgos adictivos y biometabólicos de "droga". Las modificaciones y cambios en el comportamiento relacional, no sólo inciden -en ocasiones- en el ámbito de la familia nuclear; con ser eventualmente el primero en acusar las alteraciones. Esto es lo que interesa fundamentalmente en el abordaje de la codependencia, pero hay que recordar que también, a veces incide -tardía o precozmente- en la esfera profesional/laboral y de relaciones sociales. Todo ello

con o sin afectación en órganos o sistemas (hepatopatía, gastropatía, hipertensión, polineuritis, etc.). Pero el motivo de consulta mayoritario es la conflictividad familiar, asociada a la laboral y/o social. El médico, la trabajadora social, psicólogo/a, la enfermera, etc tendrían que conocer cuando una demanda de ayuda, por parte del afectado o de familiares o allegados, por problemáticas aparentemente "sociales" o "psicológicas", y en ocasiones subrepticamente "psiquiátricas" encubren, disimulan o esconden, trastornos asociados a un SDA/EAP (CIE-10-F10.2) con o sin (F10.0) intoxicación aguda aparente (embriaguez o borrachera en sus diversos grados).

La convivencia con un bebedor que finalmente será identificado como enfermo, plantea no sólo problemas técnicos para el diagnóstico. Se trata de un usuario de una sustancia, el alcohol, que se autoadministra en un medio en el cual, ni el consumidor directo ni los que con él conviven asocian, -como hemos dicho- por motivos estrictamente socioculturales, con los riesgos sobre la conducta y la salud física que las bebidas alcohólicas pueden tener. Las personas afectadas pueden durante años gozar de una aparente adaptación social externa e incluso al medio



familiar; aunque es en él, donde quiebra más precozmente. En general la psicopatología enólica se expresa con conductas anómalas que se traducen, casi siempre y en primer lugar, en dificultades de relación de pareja y familiar. La materialización del conflicto no conlleva la identificación del problema y es común, en la Europa del Sur, que el paciente alcohólico sea identificado tardíamente por su entorno familiar, laboral/profesional y social, al no presentarse los síntomas y signos de la embriaguez franca.

Estamos frente a un paciente en el que, progresivamente, las fuentes de interés, diversión o relación personal, de pareja, familiar, laboral o profesional, e incluso social, en su más amplio aspecto, que quizá años atrás, eran uno de sus objetivos o centro de una actividad o afición, distracción o deseo, se modifican, no se perciben ya como positivas, ni agradables, se hacen forzadas, etc. y el afectado aumenta el tiempo invertido en las relaciones y acciones asociadas al consumo de bebidas alcohólicas. (2)

Pocas veces la pareja o la familia percibe que las manifestaciones matutinas de malhumor, ansiedad, angustia y tendencia a conductas, primeramente verbales de agresividad, son consecutivas a leves manifestaciones de abstinencia –expresión de la tolerancia bioquímica– que generan las bebidas alcohólicas. El afectado, deprimido, ansioso, con alteraciones de la memoria, cada vez se percibe más como un fracasado en el intento de minimizar el intenso deseo-necesidad de consumo (compulsión). Cuando los familiares establecen alguna relación entre sus trastornos o conductas negativas y la ingesta de bebidas alcohólicas el afectado sigue negando los consumos evidentes e intentando consumir fuera del control y entorno familiar.

El proceso de enfermar conlleva una intensa dificultad para interpretar la propia experiencia negativa de la relación personal con las bebidas alcohólicas. El autoengaño y el engaño, le llevan al afectado, no sólo a negar los comentarios, consejos, inectivas o insultos de los familiares, sino la propia experiencia adversa, desagradable o negativa. La comunicación se transforma progresivamente en destructiva en la pareja y también con el resto de la familia nuclear. Mutuamente se emplean los conocimientos que cada uno tiene de las áreas vulnerables del otro para expresar la animosidad entre sí. Incluso determinadas parejas interpretan la conducta alcohólica del otro como un rechazo personal, una forma de proyectar hacia el otro su animosidad, animadversión o violencia encubierta.

La relación entre el paciente alcohólico y su entorno inmediato próximo, de pareja, familiar, ha sido durante años un constructo complejo patológico, una experiencia en profundidad, tan significativa, como para no despreciarla y utilizarla también, como un potencial recurso terapéutico en *la transmisión de autoexperiencia* en la Terapia Grupal. Algunos terapeutas y determinados Centros, siempre, desde nuestros inicios hemos intentado que la Terapia de Grupo en su modalidad de Grupo de Discusión Terapéutica (3) permitiera la terapia también *con la familia*, pareja, etc. Pronto todos los Terapeutas de nuestro equipo (médicos, trabajadoras sociales, enfermeras y posteriormente psicólogos) valoraron la interrelación entre alcohólico/a y los que con él/ella conviven y como se fragua la compleja urdimbre de disgustos, fracasos, tensiones, emociones; como finalmente todo deviene negativo y como negando la eviden-



cia el propio afectado y la familia, por otra parte, se resisten a relacionar la conflictividad con la ingesta. Insistimos en ello: por los potentes motivos socioculturales que hacen de las bebidas alcohólicas una droga normalizada

En esta evolución compleja y enmarañada, el propio afectado/a, la pareja y allegados de la familia nuclear pasan también por un proceso de sufrimiento y necesidad de resolver todos los conflictos, actividades y apuros familiares que el/la paciente no resuelve y que contrariamente complica o altera. La suplencia o cambio de roles es uno de estos aspectos. Pero el conjunto de emociones y sentimientos encontrados y contradictorios hacia el alcohólico/a, condicionan convivencia y relaciones.

Cuando finalmente existen evidencias del "alcoholismo" y frente a la negativa consistente de él/ella de abordar un proceso terapéutico, hay familias que "pueden soportar" (?) a un alcohólico/a, aprenden en ocasiones tardía y en otras precozmente que no pueden esperar unas conductas que cumplan expectativas de convivencia aceptables y normalizadas del afectado/a. Los miembros, pero en especial la esposa/o y en ocasiones los padres, asumen la responsabilidades de la economía doméstica y otros familiares tienen que tomar decisiones de las cuales el/la paciente abdica o no asume. Si la esposa/o fracasa en el papel de vicariar las funciones paterno/maternas, los hijos pueden asumir prematuramente este rol, y desarrollan actividades y toman decisiones que en familias sin este tipo de conflictos tardarían años en asumir. Los niños o preadolescentes no sólo son forzados prematuramente a asumir papeles de adulto, frente a un padre/madre al-

cohólico/a, si no también ante la incapacidad del padre/madre, no alcohólico, precisamente como expresión de la codep.-coadic. no son capaces de asumir el papel vicariante. Existen múltiples maneras de expresar esta incapacidad condicionada por la codep.-coadic. (4)

Los hijos, se ven forzados a asumir papeles de adulto precoz, y aunque pueden ser víctimas de violencia física, lo más grave y frecuente es la negligencia emocional, o sea, no existe comunicación con el afectado/a, no se obtiene apoyo del alcohólico/a y se sienten desamparados como personas en especial cuando la madre ha iniciado su deriva hacia la codep.-coadic. (5)

El constructo teórico de codep.-coadic., se refiere a una persona/s que convive con el afectado/a y que dadas las características evolutivas del trastorno alcohólico, el SDA/EAP (CIE-10-F10.2), establece una relación interpersonal con el paciente (de pareja, madre, padre, hijos, hermanos, familiares, etc). Las manifestaciones de codep.-coadic. son distintas en relación al mapa de la estructura familiar para adultos, hijos, etc. Tiene como actitud fundamental, comprender y entender, durante un largo período de tiempo, "el cambio de carácter y de humor" del paciente y a su vez realiza/n intentos de ayuda al alcohólico/a, sacrificándose a sí mismo o a sí mismos. Dadas las aparentes "mejorías" (?) (6) y sucesivos recrudecimientos conflictivos; este intento, orientado de una manera emocional desde la "normalidad" del familiar; conduce a que el codep.-coadic. se convierta en cómplice de la enfermedad y contribuya a perpetuarla, sin ser completamente consciente de ello. Cuando existe o se ha establecido una relación, más o menos confusa, entre bebida



y conflicto el codep.-coadic. intenta compartir parte de los apuros, desaguisados, etc. del alcohólico/a, para que éste pueda resolver la problemática que se supone le inducen a beber; dado que el afectado no es capaz de parar de una manera persistente y consistente; a pesar de haber verbalizado sus deseos frustrados, de autocontrol. En el fondo intenta controlar al afectado, procura percibir la problemática emocional del alcohólico en cierta medida como suya y pretende asumir parte de las supuestas responsabilidades del adicto, sin comprender que no son suyas. En general, en muchas ocasiones de conflicto, *"ayuda a la enfermedad y no a la persona enferma"*. Se neurotiza, -también- puesto que, a pesar de sus esfuerzos no puede controlar al bebedor; que a su vez, no controla la bebida. Existen roces, choques, malestar, ansiedad frente al fracaso. La desesperanza, el coraje, la angustia-ansiedad, la frustración y el resentimiento inician su andadura en la pareja o en otros miembros de la familia nuclear o del núcleo convivencial. Es la reacción frente a la impotencia de no poder resolver en el seno familiar; de la pareja o convivencial, un conflicto en el que se siente y se encuentra implicado, que en el fondo evalúa como "moral", de ahí el calificativo de "vicio", aunque lo exprese como si lo percibiera como "caracterológico", "de personalidad", etc. En ocasiones se culpabiliza por su incapacidad para encontrar una manera de tratar "convenientemente" a un ser querido. En determinadas conyunturas, a pesar de recurrir a amenazas, manipulaciones, adoptar un claro rol de mártir, eventualmente con agresiones bidireccionales, etc. existe una clara violencia que según los niveles socioculturales se expresará como "tortura psicológica" o daños físicos.

No podemos olvidar, en nuestro medio, el caso paradigmático de las agresiones del esposo a la esposa, tanto si el alcohólico es él, como si es ella. (7)

El codep.-coadic. en un momento evolutivo percibe el sufrimiento como provocado por la "persona alcohólica" con la que convive y esta situación le conducirá a tomar decisiones que pueden ser positivas, intentar pedir consejo y ayuda correcta para resolver el conflicto, pero esta toma de decisiones positivas, será casi siempre tardía y cuando las relaciones ya se han enrarecido y han aparecido rasgos claramente disfuncionales.

Aceptar que existen unas relaciones que progresivamente han podido sufrir un sesgo hacia lo patológico, al convivir con un alcohólico/a, es la primera manera de hacer frente a esta relación enfermiza; darse cuenta que está tratando con un enfermo con todas las implicaciones que ello entraña; quizá el primer paso es entender que no es el *único* paciente. El familiar no debe sentirse culpable o avergonzado; tiene que colaborar en un plan de tratamiento pero no ser responsable, ni sentirse culpable, de aquellos aspectos vivenciales, existenciales, de ansiedad, de la relación patológica con las bs. alcs. del afectado, que son -también para el propio alcohólico/a - desconcertantes y sólo cuando empiece a vislumbrar el final del túnel, será posible iniciar un proceso de mutua comprensión y aproximación.

La codep.-coadic. es un trastorno en el área de las relaciones interpersonales, que se reproduce con características semejantes de una manera repetitiva y sintónica, con casi todos aquellos que conviven con un alcohólico -y también con otros adictos a sustancias químicas con otros rasgos expresivos- a



pesar de mantener una conducta -como la del alcohólico/a- que podría ser interpretada como auto y heterodestructiva; la relación interpersonal codep.-coadc. se mantiene. La conducta del alcohólico modifica la vida de los que conviven con él. La codep.-coadc. se establece, como el SDA/EAP, de una manera lenta y progresiva, con situaciones de crisis y de remisión aparente. El codep.-coadic. evoluciona paralelamente y la distorsión de la realidad, la negación -como esperanza de una solución casi mágica- en momentos de aparente estabilización, el subsiguiente fracaso, etc. contribuyen a profundizar el proceso y a transformar el codep.-coadic. en auténtico neurótico reactivo.

En general se tiende a considerar que la posición y el papel de la mujer en la sociedad actual, a pesar de haber superado en muchos aspectos los roles tradicionales, sigue siendo más proclive a desarrollar una relación codep.-coadic. con su pareja alcohólica, que el varón.

En algún momento se intentó acotar la codep.-coadic. como... *"un patrón de vida disfuncional, que emerge (en convivencia con alcohólico/a) en una familia y con las características de nuestra cultura, que detiene o modifica el desarrollo de la identidad (del codep.-coadic). El resultado final puede llegar a ser una sobre-reacción hacia lo que está fuera de nosotros y una baja sensibilidad hacia lo que está dentro de nosotros. Si no hay tratamiento, se puede deteriorar." (8)*

La codep.-coadc. es vivida o interpretada frecuentemente, exclusivamente como abnegación, tolerancia, responsabilidad y como un martirio; en este sentido, la mujer de un alcohólico, puede asumir un rol de codep.-coadic. durante largos períodos del trastor-

no alcohólico del marido, dados los valores tradicionales que actualmente aun siguen en pie en nuestro medio.

Contrariamente y paradójicamente a determinados tópicos socioculturales de nuestro entorno, algunas investigaciones USA, han indicado que las mujeres más "emancipadas", con *más carácter*, presentan determinados rasgos de comportamiento y "personalidad" con más probabilidades de establecer una relación de codep.-coadic., puesto que se sienten con más capacidad y "seguridad" (?) de modificar la conducta de adicto al alcohol de su pareja.

El estudio de Elkin, M. indica, que el perfil de mujer con:

- Habilidad en organizar.
- Capacidad de adaptarse con facilidad a diversas tareas laborales o profesionales.
- De aprender con rapidez aspectos técnicos de su actividad laboral o profesional.
- Aparente estabilidad emocional y resistencia al pánico.
- Destreza para la manipulación emocional.
- Tolerancia a la frustración y al dolor emocional.
- Resistencia, aparente, al estrés y a la fatiga.
- Capacidad para retardar una gratificación personal.
- Una cierta destreza en manejar las situaciones de crisis.
- Con baja autoestima y estructura muy dependiente hacia los que forman su familia nuclear.

Este sería el perfil, en USA, de una mujer proclive a la codep.-coadic. Contrariamente las personalidades con rasgos primarios, pero



con un C.I. alto y un cierto nivel sociocultural, tenderían a la ruptura y/o a imponer soluciones más o menos drásticas. (9)

Hay que señalar que desde el punto de vista estrictamente profesional entre psicólogos, psiquiatras, no existe un consenso, ni criterios claros que permitan una definición de codep.-coadic. que delimiten con rigor el trastorno, condición o sintomatología y muchos de los datos referentes a esta realidad clínica han sido aportados por familiares, o por los propios alcohólicos o por ambos y por profesionales con experiencia en Grupos Terapéuticos.

Algunos autores han intentado definir este trastorno:

Cemarck, L. dice: *La codependencia es un patrón identificable de rasgos de la personalidad, predescible entre algunos de los miembros de familiares de químico-dependientes, que presentan suficientes rasgos de disfunción, para crear criterios de diagnóstico de desorden de la personalidad con las características del DSM*". (10)

En su conjunto todos los datos actuales, en relación a los recursos socioterapéuticos útiles en el tratamiento de la Enfermedad Alcohólica, nos indican que el "co-alcoholismo" es un patrón de vida disfuncional en el cual el familiar que convive con un alcohólico/a tiende, durante un tiempo significativo, a asumir como propio un problema que no está en su mano resolver y que con abordajes "neuróticos" se autoatribuye una responsabilidad inexistente, intentando inútilmente controlar al afectado/a. Las experiencias personales en el curso de la convivencia con un alcohólico/a son un acervo de conocimientos, emociones y sentimientos que no deben

esterilizarse, como recurso terapéutico por la negativa dogmática de "alcohólico por alcohólico" o los supuestos excluyentes, en muchas ocasiones de la autoayuda. El abordaje del "co-alcoholismo" y la codependencia, en general, facilitan el tratamiento integral y finalmente integrador del paciente alcohólico.

Por otra parte la codep.-coadic., en el caso específico del "co-alcoholismo", tiene que evaluarse, incluso cuando eventualmente acuden a consulta, mujeres jóvenes o de mediana edad, madres de familia o jóvenes de ambos sexos con supuestos "trastornos de la personalidad", cuyo padre o madre podemos sospechar que padece una SDA/EA, que se niega empecinadamente a abordar su conflicto dado que aun no se han presentado en los ámbitos laborales/profesionales, sociales o de salud somática evidencias de su trastorno suficientemente alarmantes para el paciente enólico. (11)

En un gran número de estos casos, la familia o la pareja no resiste el impacto de una convivencia profundamente alterada por las conductas del paciente, y el coalcoholismo adquiere dimensiones de psicopatología compleja. En otras la actitud de los familiares o de la pareja pueden originar o que exista una vida paralela, o que el paciente habite en una parte de la vivienda, en un hogar roto de hecho, en el cual se le tolera, quizá porque aún contribuye económicamente al sustento familiar o simplemente porque existe un pacto, no escrito ni explícito, de tolerancia hacia aquel "bulto" del medio familiar con el que no se cuenta ya para nada. En esta situación la profundización del proceso, dependerá de la suplencia de roles firmemente establecida



y en ocasiones, sólo la aparición de una enfermedad alcohólica secundaria claramente somática puede cambiar el horizonte de una paz fundada transitoriamente en la convivencia formal.

En múltiples ocasiones, la complejidad de la codep.-coadic. provoca situaciones de violencia física, (12) en la cual, factores bilaterales del alcohólico y de la reactividad anómala de los familiares codep.-coadic. constituyen –en el caso de SDA/EAP- factores, que si hubiesen sido tratados con más precocidad, aunque el afectado se niega a tratarse, si los familiares se hubiesen tratado, quizá en muchas ocasiones se hubieran podido aconsejar medidas preventivas y de resolución de una relación de codep.-coadic. que socioculturalmente tiene el perfil de peligrosamente masoquista.

BIBLIOGRAFÍA

- Freixa, F.** *La Enfermedad Alcohólica*. Barcelona. Herder. 1996 : 266.
- Edwards, G.** Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool: Mémoire O.M.S. *Bull. OMS*, 60(4) 1982.
- Bach, L.I.** Problemas planteados en el tratamiento de las toxicomanías por drogas institucionalizadas. En: Freixa, F. Soler-Insa, P.A. y cols. *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*. Barcelona. Fontanella. 1981: 479.
- Edwards, G.** *Tratamiento de alcohólicos*. México. Trillas. 1986.
- Aragón, N; Bragado, MC; Carrasco, I.** Alcohólico parental y psicopatología infanto-juvenil. Una revisión. *Adicciones* 9(2): 255 – 277 1997.
- Jellinek, E.** *The disease concept of alcoholism*. New-Haven (Connecticut) .Hillhouse Press. 1960.
- Walker, L.E.** *The Battered woman*. NY. Harper & Row. 1979.
- Stafford, D; Hodgkinson, L.** *Codependency, how to break free and live your own life*. London. Judy Piatkus, Publishers, Ltd. 1991.
- Elkin, M.** *Families under the influence*. New York. W.W. Norton. & C°. Inc. 1990.
- Cemark, T.L.** citado en **Curranth, B.** *Co-Dependency. Issues in treatment an recovery*. Howard Press. NY. 1989.
- Chapuis, R.** *L'Alcool, un mode d'adaptation sociale?*. Paris. l'Harmattan. 1989.
- Alcaraz, R; Camacho, V; López-H, M. y otros.** *Delitología derivada del consumo de alcohol*. En: *Ponencias y Comunicaciones. XXI J.N. Socidrogalcohol*. Bilbao. 2-3-4 marzo. 1994: 263-276.
- Berg, I.K; Miller, S.D.** *Trabajando con el problema del Alcohol*. Barcelona. Gedisa. 1996 : 58.