

¿Enfermera o paciente? La mujer del enfermo alcohólico

Luis F. VALLECILLO DURÁN

UNED. Algeciras

Gloria REBOLLEDO GIL

Fundación Márgenes y Vínculos. Algeciras

Ricardo TEJEIRO SALGUERO

UNED. Algeciras

Resumen

Se presentan los resultados de un estudio exploratorio que busca descubrir los daños psicológicos que el alcoholismo del marido pueda provocar en su mujer o compañera. Asimismo, el estudio busca la posible influencia del alcoholismo del marido en la aparición de determinados tipos de caracteres, actitudes y conductas en el cónyuge. Se pasó una encuesta y se administró el cuestionario de los Cinco Grandes (*Big Five Questionnaire*) para examinar la personalidad de 60 enfermos alcohólicos y sus esposas. De acuerdo con los resultados de nuestro estudio exploratorio, la mujer del enfermo alcohólico crónico tiene mayor riesgo de presentar inestabilidad emocional, ansiedad, sentimiento de culpa, indefensión aprendida, reacciones psicósomáticas (gastritis), desconfianza ante la novedad, distanciamiento emocional, dependencia, déficit de habilidades sociales y poco interés por las experiencias sociales nuevas. De confirmarse estos resultados, las intervenciones en apoyo a las personas que conviven con enfermos alcohólicos crónicos deberían prestar atención a todos estos aspectos.

Palabras clave: alcoholismo crónico, cuidadoras, riesgo psicológico.

Abstract

Here we summarize the outcomes of an exploratory study which was trying to discover the psychological damages that the alcoholism of the husband provokes in his wife or companion. Likewise, the study was searching the existence of possibly relations between the alcoholism of her husband, and certain types of characters, attitudes and conducts of the wife. Using the Big Five Questionnaire, and a questionnaire ad hoc, we analyzed the personality profile of 60 alcoholic people and his wives. According to the results, the women who lives with and alcoholic is in a bigger risk of emotional and psychosomatic diseases, anxiety, learned helpness, and social inhibition. Programs that aim to support people who live with alcoholics may pay attention to these risks.

Key words: Chronic alcoholism, Wife, Psychological risk.

Después de cinco años trabajando con el colectivo de alcohólicos en rehabilitación, los autores han podido comprobar la necesidad de profundizar e investigar a la sombra de la ciencia psicológica sobre un subárea del problema del alcoholismo al que hasta ahora no se le ha prestado demasiada atención. Nos referimos a los múltiples y profundos daños psicológicos que dicha enfermedad ocasiona con frecuencia en la mujer o compañera cuidadora del enfermo durante todos los años en los que han convivido con el problema.

Durante la dependencia y/o desintoxicación, toda la atención sanitaria y de los servicios sociales va encaminada principalmente a la solución del problema del enfermo alcohólico crónico, ya que su desintoxicación y deshabitación son, lógicamente, prioritarias. Cuando ello se ha conseguido, normalmente se da por finalizada la intervención. A veces, se prolonga en programas que buscan la reinserción laboral que cierran el ciclo. Sólo en ocasiones extremas se presta atención al familiar que apoya las intervenciones; por ejemplo, cuando se hace necesario un tratamiento antidepresivo a la mujer del enfermo en rehabilitación, o cuando el alcoholismo ha ido acompañado de maltrato doméstico.

Durante cinco años hemos asistido a convenciones, congresos, terapias de autoayuda y seminarios para profesionales. En todo este tiempo hemos comprobado que los profesionales y voluntarios trabajan desafortunadamente y hacen un enorme y loable esfuerzo poniendo a prueba su imaginación y vocación pero carentes de una doctrina específica que guíe sus pasos para eliminar en ellas las secuelas psicológicas del alcoholismo de él. De hecho, es prácticamente inexistente la literatura referida específicamente a lo que podríamos llamar *síndrome de la mujer del enfermo alcohólico* aunque sí alusiones al tema en otros tratados (Caballo, 1995; Bu-

ceta y Bueno, 1996; Echeburúa, 1996; Beck, Wrihgt, Neuman y Liese, 1999).

El lector comprobará que durante la exposición dejamos algunas preguntas en el aire. Son hipótesis que en ningún momento afirmamos como cierta sino que, teniendo en cuenta que nuestro trabajo es pre-experimental, estas hipótesis deberán ser contrastadas empíricamente en posteriores estudios. Los objetivos del estudio exploratorio que aquí presentamos son:

1. Conocer el perfil de personalidad de este colectivo en conjunto y dividido por sexos.
2. Conocer si ha existido en ellas aprendizaje de conducta de indefensión.
3. Confirmar la existencia de conductas facilitadoras al problema y su influencia en otras variables.
4. Valorar la necesidad de aceptación, imagen social y sus posibles repercusiones en el problema.
5. Conocer el estado emocional y los niveles de ansiedad en la abstinencia.
6. Sugerir metodologías terapéuticas partiendo de los datos obtenidos.

La finalidad de este estudio es, pues, fundamentalmente descriptiva, susceptible de un ulterior estudio con métodos controlados en aquellos extremos que se crean más interesantes. En consecuencia, optamos por una metodología correlacional, cuyo propósito no es señalar causas, sino determinar las variables que interrelacionan en el fenómeno bajo estudio en un intento de aproximarnos a la comprensión del mismo. Para ello se recurrió frecuentemente a las tablas de contingencias. Digamos, pues, que se trata de un análisis exploratorio de áreas con problemas demasiado complejos para ser abordados inicialmente con estudios controlados.

Método

Muestra

La muestra está formada por 117 sujetos de los cuales 57 son mujeres no alcohólicas y 60 son enfermos alcohólicos. De todos ellos, 104 sujetos forman pareja y 13 sujetos han colaborado aisladamente lo que no quiere decir, necesariamente, que estén solteros o viudos. La edad media de ellas es de 42'71 años y la de ellos 46'03 años con una desviación típica ambos de 10'3. La edad media de inicio de la desintoxicación es de 41'54 años. La edad mínima de los enfermos encuestados es de 27 años y la máxima de 79 siendo este rango en las mujeres de 25 a 71 años.

Esta muestra ha sido extraída de forma no aleatoria de la población que compone las asociaciones andaluzas de alcohólicos en rehabilitación. No es aleatoria porque se les ofreció a todo el colectivo y lo han cumplimentado sólo aquellos que se han prestado voluntariamente. Esta voluntariedad puede haber introducido algunos sesgos que se señalarán más adelante.

Procedimiento

Pedimos a los enfermos y a sus esposas o compañeras cuidadoras que contestaran a una encuesta y se les administró asimismo un cuestionario de personalidad. El examen de la personalidad es necesario en el problema del alcoholismo para así poder identificar los puntos débiles y los puntos fuertes sobre los que puede resultar conveniente alentar al enfermo para producir cambios en el modo en el que el individuo se enfrenta a la realidad y a su propio problema.

- a) *Cuestionario de personalidad.* Se pasó el cuestionario de personalidad "Big Five"

(BFQ, Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993; Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993; Bermúdez, 1995; Salgado, 1996) tanto a los enfermos como a sus mujeres. El BFQ se fundamenta en el modelo de cinco factores de la personalidad (Noller, Law y Comrey, 1987; Borkenau y Ostendorf, 1990; Digman, 1990; Goldberg, 1990; Johnson y Ostendorf, 1993; Silva, Avia, Sanz, Martínez-Arias, Graña y Sánchez-Bernardos, 1994; Avia, Sanz, Sánchez, Martínez-Arias, Silva y Graña, 1995; Ruiz y Jiménez, 2004). Las dimensiones y subdimensiones que analiza el cuestionario BFQ aparecen en la tabla 1.

- b) *Encuesta:* diseñada específicamente por los autores para indagar sobre aspectos subjetivos y objetivos de las actitudes y conductas de estas personas que parecieron relevantes para el objetivo de la exploración. La tabla 2 describe las características de la encuesta.

Tabla 1. Dimensiones y subdimensiones del cuestionario BFQ de Caprara, Barbaranelli y Borgogni (1993).

Dimensiones y subdimensiones del Cuestionario de los "Cinco Grandes" (BFQ)

<i>ENERGÍA (E)</i>
<i>Dinamismo (Di)</i>
<i>Dominancia (Do)</i>
<i>AFABILIDAD (A)</i>
<i>Cooperación (Cp)</i>
<i>Cordialidad (Co)</i>
<i>TESÓN (T)</i>
<i>Perseverancia (Pe)</i>
<i>Escrupulosidad (Es)</i>
<i>ESTABILIDAD EMOCIONAL (EE)</i>
<i>Control de las emociones (Ce)</i>
<i>Control de los impulsos (Ci)</i>
<i>APERTURA MENTAL (AM)</i>
<i>Apertura a la cultura (Ac)</i>
<i>Apertura a la experiencia (Ae)</i>
<i>DISTORSIÓN (D)</i>

Tabla 2. Características de la encuesta.

-
- 1. Tipo de encuesta.** Cuestionario descriptivo para operar de forma exploratoria fijando los distintos aspectos y factores que puedan afectar al fenómeno.
 - 2. Contenido y dimensión temporal**
 - 2.1. Contenido.** Se indaga sobre hechos relativos al individuo, sus características personales, su ambiente y su conducta manifiesta o aparente.
 - 2.1.1 Opiniones.** Son todas aquellas informaciones que podíamos llamar datos objetivos de los encuestados sobre hechos, situaciones o informaciones.
 - 2.1.2. Actitudes, motivaciones y sentimientos.** Se incluyen aquí todas aquellas informaciones que tienen que ver con todo lo que da lugar a la acción.
 - 2.2. Dimensión temporal.** Las preguntas van destinadas a obtener información de acontecimientos ocurridos antes y durante el momento en el que se plantean.
 - 3. Formas y tipos de preguntas**
 - 3.1. Preguntas abiertas y cerradas.** En su mayoría, las preguntas utilizadas han sido cerradas y categóricas, aunque también se ha hecho un uso modesto de preguntas abiertas, impuestas por la necesidad de ampliar algún punto de información.
 - 3.2. Preguntas según su naturaleza:**
 - 3.2.1. Preguntas sobre hechos.** Se refieren por lo general a hechos o acontecimientos ocurridos en la vida de los sujetos.
 - 3.2.2. Preguntas de información.** Con estas preguntas se intenta comprobar los conocimientos e información que posee el entrevistado sobre ciertas cuestiones.
 - 3.2.3. Preguntas de intención.** Mediante tales preguntas se pretende determinar cuáles son los propósitos o intenciones de los individuos bajo estudio.
 - 3.2.4. Preguntas de opinión.**
 - 3.2.5. Preguntas sobre motivos.**
 - 3.2.6. Preguntas de identificación.** Hacen referencia a las características básicas de la población que se haya bajo estudio.
 - 4. Preguntas según su finalidad**
 - 4.1. Preguntas directas.** Se han utilizado para descubrir exactamente lo que se pregunta.
 - 4.2. Preguntas indirectas.** Pretenden descubrir algunos aspectos latentes en los individuos.
-

Resultados

Podemos empezar mostrando los perfiles de ambos grupos, los enfermos y sus parejas, según los resultados del cuestionario BFQ.

Distorsión (D)

Lo primero que haremos notar son los resultados en Distorsión (dar respuestas no sinceras) mostrada por ambos sexos, la cual,

aunque dentro de los márgenes que validan la prueba, está en el límite superior, lo que nos dice un deseo de mostrarse mejores o tendencia a negar los defectos personales.

Es indudable que las advertencias hechas a los encuestados sobre la necesidad de ser sinceros en las respuestas no han sido demasiado bien cumplidas por los sujetos a pesar de que los cuestionarios eran anónimos.

El tres por ciento está en el extremo inferior, es decir tienden en exceso a ofrecer una imagen negativa de sí mismo. El 16% puntúa bajo, lo que describe a personas que tienden a la autocrítica o que realmente han manifestado comportamientos de tipo poco social. El 34 % está libre de sesgos en sentido tanto positivo como negativo. El 31% puntúa alto, lo que nos dice que estas personas tienden a presentarse ante los demás como carentes de defectos personales. Finalmente, un 15% está en el extremo superior, lo que nos lleva a sujetos que intentan falsear la imagen de sí mismos mostrándola desproporcionadamente favorable. Es posible que estas personas que están en el extremo superior utilicen constantemente la negación como mecanismo de defensa. En estos casos las personas, más que falsear, mienten inconscientemente sobre ellas mismas.

Aclarando más el concepto, la distorsión deliberada la hacen los sujetos sólo cuando la prueba no se hace para su propio interés como, por ejemplo, una evaluación. Cuando la prueba se hace para su ayuda, como orientación vocacional o como sujeto voluntario para una investigación -que es nuestro caso-, se supone que nunca se produce una distorsión voluntaria, sino que es efecto de la *deseabilidad social*, que consiste en la forma más común de autoengaño: tendencia

a responder de una forma que el sujeto considera más aceptable desde un punto de vista social¹. Así pues, pensamos que la distorsión encontrada en este colectivo no es voluntaria sino el resultado del deseo de agradar.

Filtrando de la muestra a los sujetos que distorsionan los resultados podemos obtener el perfil de la muestra, libre de sesgos. Para facilitar el análisis que interesa a este estudio, hemos separado el perfil de los enfermos y el de sus cuidadoras.

Perfil general de la muestra comparado con la media poblacional

Para mostrar un perfil característico de la muestra, las puntuaciones medias de cada sexo se han convertido en puntuaciones diferenciales z tomando como normativa la media de la población española en ese sexo y en cada dimensión. En la figura 1, se pueden ver los valores en cada dimensión y por sexo comparado con la media poblacional que es $z=0$.

Una primera impresión de los datos es que existe un enorme parecido entre enfermos y sus mujeres en cuanto a los rasgos de personalidad. Este dato había sido comentado repetidamente entre profesionales que trabajan con este colectivo pero no se había hecho, que sepamos, ninguna contrastación estadística hasta ahora. Lo que no podemos saber es si son personas parecidas o que "*se convierten*" en parecidas.

Las pequeñas diferencias que se observan son en *Afabilidad* donde ellos se muestran más afables que ellas y más que la media poblacional, y en las dos subdimensiones, (Cp y Co) donde ellos también superan a la media mostrándose cooperadores y cordiales. Otra dimensión donde se ven diferencias es

1. Ver manual de instrucciones del Cuestionario "Big Five" (BFQ) editado por TEA Ediciones.

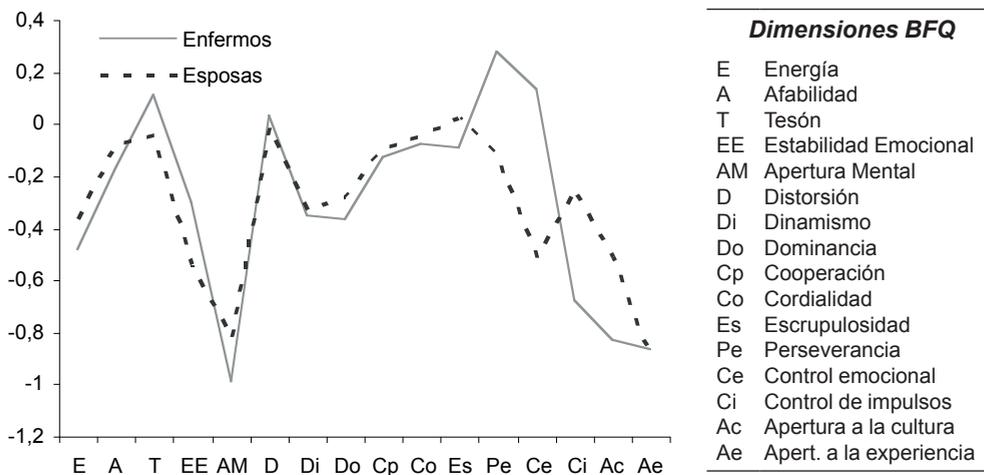


Figura 1. Perfil en las dimensiones del cuestionario BFQ de los enfermos alcohólicos y sus mujeres, filtrando los sujetos que distorsionan (el valor medio resultante para el factor D es 0). Los datos han sido transformados a valores z. La media poblacional es 0. Los enfermos puntúan por encima de la media tanto en *Tesón* (T) como en su subdimensión *Perseverancia* (Pe) pero no así en la subdimensión *Escrupulosidad* (Es). También puntúan por encima de la población en *Control de Emociones* (Ce) que es una subdimensión de *Estabilidad Emocional*.

en *Estabilidad Emocional* (EE) donde ellas aparecen más estables aunque ambos sexos estén por debajo de la media. También existen diferencias entre sexos en las dos subdimensiones de EE, *Control de Emociones* y *Control de Impulsos* (Ce y Ci) aunque en las dos estén ambos sexos por debajo de la media, ellos más que ellas. Ellos muestran algo más de *Tesón* (T) que ellas y que la media poblacional, aunque estemos hablando de una diferencia de sólo 0.1 desviaciones estandarizadas, lo que equivaldría a decir que ellos están por encima del 52'5% de la población en rasgos como ordenado, disciplinado y perseverante. En *Energía* aparecen casi iguales (ellos algo más bajos) por debajo de la media pero sin embargo en su subdimensión *Dominancia* (Do) ellos aparecen bastante más bajos que ellas estando por debajo del 75% de la población. En la dimensión *Apertura mental*, ambos sexos se encuentran muy por debajo

de la media poblacional, llegando ellos a situarse por debajo del 83% de la población aunque ellas algo menos. Muy poco interés por la lectura y la cultura en general, y poca apertura a valores, estilos y modos de vida diferentes. Es importante resaltar que una de las características de esta última dimensión es que una puntuación tan baja describe a personas poco interesadas por las experiencias nuevas lo que resulta comprensible en estas mujeres, en cierto modo, si lo atribuimos a una actitud de rechazo a todas las experiencias desagradables sufridas durante años por la dependencia de su marido, y que muestran una intensa necesidad de estabilidad y seguridad.

Un fenómeno que llama especialmente la atención en la figura 1 es la disparidad de las puntuaciones de los enfermos en las dos subescalas de *Estabilidad Emocional*, esto es, en *Control de Emociones* (Ce) y *Control de Impulsos* (Ci). Es atípico que las respues-

tas estén algo por encima de la media en el *Control de las Emociones* y, sin embargo, en *Control de Impulsos* (en conducta) estén por debajo del 75% de la población. Esto indica que controlar las emociones, paso previo a la conducta según Ellis y su teoría cognitivo-emotiva, es para este colectivo algo fácil y, sin embargo, el impulso, la consecuencia de las emociones, es incontrolable para ellos, lo que no deja de aparecer como una incongruencia: parecen capaces de controlar sus emociones pero no así su conducta. Ellos son más estables emocionalmente que sus esposas, las cuales se definen como menos capaces de controlar los estados de tensión relativos a experiencias emotivas. Esto concuerda perfectamente con el fenómeno encontrado en este colectivo de mujeres que sufre unos estados de tensión, estrés y ansiedad muy altos durante la etapa en que ellos ingieren, que desembocan (generalmente cuando el marido está en deshabitación) en estados depresivos mientras que los maridos aparecen, como dicen ellas, “*tan campantes y, ahora que no beben, las que estamos mal somos nosotras*”. Sin embargo ellas tienen más capacidad para mantener el control del propio comportamiento incluso en situaciones de conflicto o peligro. Esto puede apuntar la conveniencia de preferir una terapia conductual en el colectivo de enfermos y una terapia cognitiva en el de las esposas. No nos referimos a la desintoxicación y/o deshabitación de la ingesta sino al resto de patologías y desadaptaciones en el comportamiento familiar, social, etc.

Para terminar este punto, si quisiéramos describir a este colectivo guiándonos por el perfil medio que resulta de nuestro estudio, tendríamos que decir que son personas moderadamente activas y dinámicas, introvertidas y que se muestran a veces algo cohibidos e indecisos, de ahí su baja asertividad. Curiosamente muestran rasgos de cooperadores

pero con escasa capacidad de comprender y hacerse eco de los problemas y necesidades de los demás. Son personas meticulosas y más perseverantes y tenaces que la media poblacional, con poca capacidad de dominar sus emociones (sobre todo ellas) e impulsos (sobre todo ellos) y poco abiertos a lo nuevo, ideas y valores diferentes a los propios. Son personas que como media tienden a distorsionar la propia imagen en sentido positivo, o sea, que tienden a negar defectos personales en un intento de dar una imagen de sí mismo desproporcionadamente favorable. También es posible que sean particularmente ingenuos. Puede identificar, por último al sujeto que utiliza constantemente la negación como mecanismo de defensa. Esto último coincide con una conducta desarrollada por el enfermo durante los años problemas que consiste en mentir continuamente a su pareja para ocultar su conducta de ingesta.

Resultados de la entrevista

La entrevista ha proporcionado datos sumamente interesantes en este estudio exploratorio. A continuación se describen los resultados más sugerentes para futuras investigaciones en profundidad.

Razones por las que los enfermos alcohólicos han entrado en programas de rehabilitación

Las razones por las que las mujeres y los enfermos han acudido al Centro de Rehabilitación son diversas (ver figura 2). La primera sorpresa es que los accidentes de circulación, siendo un fenómeno muy ligado al alcoholismo (se estima que en el 30-40% de los accidentes graves de tráfico aparece el alcohol), no es causa elevada de ingreso en una comunidad de terapia. Sólo un 7'7% han ingresado por esta razón. Sin

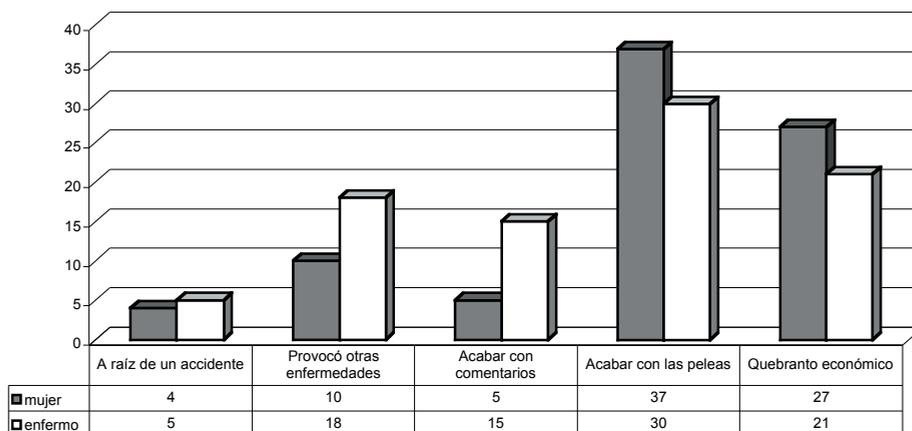


Figura 2. Principales motivos por los que los enfermos alcohólicos han entrado en programas de rehabilitación, en opinión de los propios enfermos y de sus mujeres.

embargo la razón de ingreso mencionada más frecuentemente (56'7%) son las peleas de pareja, a menudo asociadas a dificultades económicas. Ambos motivos prevalecen en hombres y mujeres, pero presentan una mayor frecuencia absoluta y relativa en el caso de las mujeres. Según parece, la situación familiar llega a hacerse tan insostenible para las mujeres, que son ellas las que acudiendo -a menudo en solitario- al centro de rehabilitación, consiguen arrastrar al marido e iniciar así el proceso de cura. En contra de lo que pudiera esperarse, los comentarios de familiares y conocidos parecen importar a ellos tres veces más que a ellas.

Habilidades sociales y de comunicación

Según confiesan de sí mismas, el 61% de las mujeres que conviven con enfermos alcohólicos tienen una escasa vida social y se perciben inhábiles en situaciones sociales. El 73% de las mujeres que se perciben sin recursos comunicativos son incapaces de evitar que los hijos se vean implicados en peleas o discusiones cuando el marido llega bebido a casa. Esta sensación de incapacidad

quizás no sea un déficit específico, sino un indicador más de un estado general de vulnerabilidad, porque se da una alta relación entre la carencia de habilidades sociales y la vulnerabilidad a trastornos psicósomáticos (por ejemplo, padecer gastritis).

Conductas facilitadoras

El modo de proceder por parte de los familiares, sobre todo de la esposa, puede ser un importante factor en el mantenimiento del alcoholismo. Así, hemos encontrado que el 80% de las mujeres, aún sabiendo que su marido o compañero tenía problemas con el alcohol, seguía comprando bebidas alcohólicas para la casa, aunque con ello facilitase el alcoholismo de su pareja, bien porque *eso era lo normal* (70'2%), bien *para evitar que se fuera a la calle a beber* (41'2%), o *evitar discusiones* (33'8%). Esta colaboración más o menos consciente puede ocasionar, cuando se inicia el tratamiento y la mujer toma conciencia de lo dañino del consumo inmoderado de alcohol, un fuerte sentimiento de culpa por haber estado, a veces durante años, facilitando la ingesta de alcohol. De hecho, un 20%

de las mujeres de este estudio contestan que ellas se sentían culpables de que el marido bebiera y estaban convencidas de que ellas habían actuado mal.

Otra conducta facilitadora del 51% de las mujeres, en este caso porque minimiza las consecuencias negativas del estado de embriaguez, es *rescatar al marido de situaciones embarazosas* (por ejemplo, bajando de madrugada al coche a despertar al marido que se ha quedado dormido al llegar bebido y meterle en la casa, desnudarle porque no puede hacerlo solo, etc.)

También entre las conductas facilitadoras cabe considerar la *ocultación del problema* de la dependencia a familiares y conocidos, generalmente por vergüenza. Cuando se pregunta a las mujeres que conviven con enfermos alcohólicos por el tiempo que han tardado en reconocer el problema y buscar ayuda para tratar de solucionarlo desde que fueron conscientes de que su pareja tenía la adicción, resulta que han estado ocultando el problema durante un promedio de 7'3 años. Las dos terceras partes de las mujeres de la muestra han tratado de ocultar el problema más de dos años. Mayor debe haber sido el sufrimiento de algo más del 25% que reconoce haber soportado la situación más de diez años antes de pedir ayuda.

Cuando la mujer ha ocultado a su familia el problema del alcoholismo de su marido, lo que sucede en el 63% de los casos, lo hace porque le preocupa bastante o mucho la opinión de su propia familia –un 72%–.

Violencia doméstica

En casi la mitad de los casos de nuestra muestra las mujeres califican de violento el comportamiento de sus maridos o compañeros cuando llegan a casa borrachos. Un porcentaje ligeramente menor, siempre según ellas, llega huraño, somnoliento y silencioso, mientras

que poco más del cinco por ciento llega cariñoso. Sólo en estos casos, coincide la percepción de la pareja. Porque, aunque casi un 40% de ellos se reconoce violento bajo los efectos del alcohol, casi un 10% discrepan de sus mujeres y no se perciben violentos, sino somnolientos y taciturnos (ver figura 3).

Implicación de los hijos

En un 37% de los casos las madres necesitan, o se ven obligadas a, implicar a los hijos en el problema; por ejemplo, como pidiéndoles que vayan a buscar el padre cuando sospechan que está en el bar bebiendo, o forzándoles a que las acompañaran como escudo cuando el padre volvía de la calle ebrio para evitar agresiones físicas.

Indefensión aprendida

La característica principal de la indefensión aprendida es el deterioro en la adquisición de nuevas respuestas de éxito que se generalizan a otras situaciones distintas a la situación problemática (ver, por ejemplo: Overmier, 1985; Vicente, Ferrándiz y

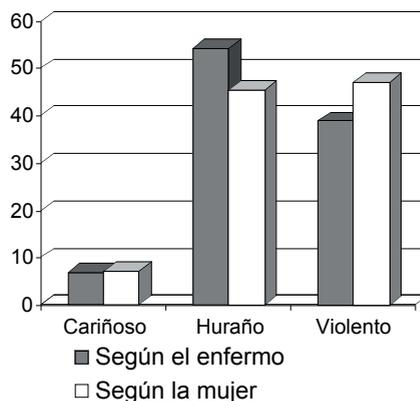


Figura 3. Percepción de los enfermos y sus compañeras de la actitud de ellos bajo los efectos del alcohol (en porcentajes de respuestas).

Pardo, 1991; Labrador y Crespo, 1993). La indefensión aprendida correlaciona con la inhibición social y la aparición de trastornos psicósomáticos (como las gastritis). Indicios de indefensión aprendida ya señalados con anterioridad son el que más del 60% de estas mujeres se perciban como inhábiles en las relaciones sociales, o que el 35'2% de ellas padezca dolor de estómago de origen nervioso, un porcentaje significativamente más alto que el promedio poblacional. La figura 4 ilustra las respuestas de las mujeres cuando son preguntadas acerca de cómo se sienten.

Confirmado lo esperable, la gastritis aparece en el 65% de las mujeres que sienten miedo y se callan cuando su marido llega a casa borracho, violento y gritando. Sin embargo, sólo padecen ese síntoma el 25% de las mujeres que en tal situación no se callan, sino que se desahogan gritando. Aunque suele considerarse que la reacción violenta de la mujer empeora el problema del alcoholismo del marido, parece que reduce el riesgo de que ella desarrolle la indefensión aprendida.

Indefensión “heredada”

Si el colectivo lo dividimos por sexos, el 57'6% de los enfermos tenían o tienen un familiar con problemas con el alcohol mientras que este porcentaje baja al 28'6% en el caso de las mujeres. Aunque este último dato —el 28% de los familiares de las mujeres eran enfermos alcohólico—, comparado con 57% de los familiares de ellos, pueda parecer pequeño, supone que casi una de cada tres mujeres que acaban emparejándose con un alcohólico tiene antecedentes de alcoholismo en su familia inmediata. Los procesos psicológicos que pueden subyacer a este hecho se pueden enmarcar dentro de la teoría de “la mera presencia” (Zajonc, 1980) que defiende que cuando la exposición de la persona a un estímulo determinado es repetida, se suele producir una intensificación de la actitud, es decir, se acaba desarrollando una actitud positiva. De hecho, en el 38% de los casos en los que los novios tenían problemas con el alcohol antes de casarse, sus novias y futuras esposas ya lo sabían.

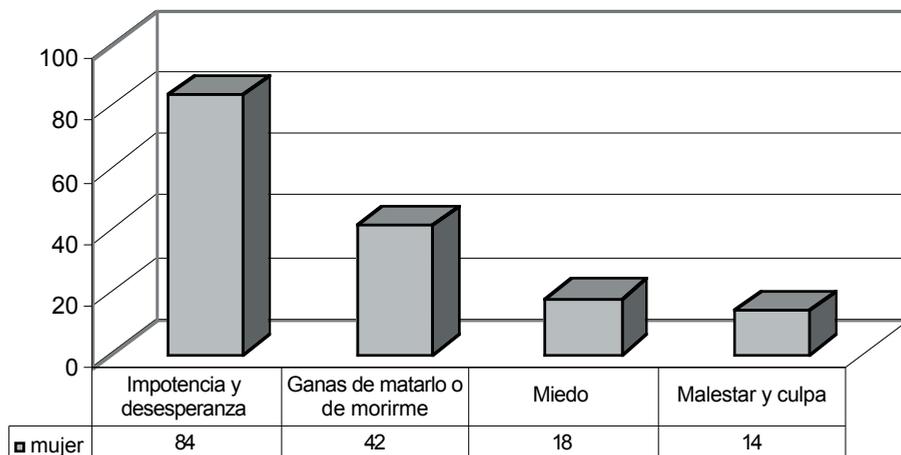


Figura 4. Sentimientos de las mujeres ante la enfermedad de sus maridos o compañeros.

¿Por qué siguen con sus maridos o compañeros alcohólicos?

Las razones que la mujer alega para seguir con su marido dependiente del alcohol son dispares (ver figura 5). Las tres principales razones reconocidas tanto por las mujeres como por los enfermos son que ellas no se separan porque “lo sigue queriendo a pesar de todo”, “para que no sufran los hijos” y porque “él necesita los cuidados que ella le prodiga”. Es interesante comprobar que ellos sobrevaloran las dos primeras razones al estimar los sentimientos de sus esposas y compañeras, mientras que ellas sobrevaloran la dependencia que ellos tienen de sus cuidados.

Las tres razones adicionales también muestran un patrón distinto para hombres y mujeres. Mientras ellos creen que en algunos casos ellas aguantan la situación porque temen provocar escándalos, ellas reconocen en algo más de un 20% de los casos que o bien no se atreven, o no tendrían a dónde ir, con claro un patrón de dependencia emocional. Incluso al preguntarles a estas mujeres que qué harían si su marido volviera a beber, el 77'5% dice

que volvería a empezar de nuevo ayudándole y sólo el 8% dice que tiraría la toalla.

Relaciones de pareja

Los problemas de pareja se definen como una función de baja tasa de conductas agradables y/o elevada tasa de conductas desagradables provenientes de alguno de los miembros de la pareja. La insatisfacción conyugal se encuentra asociada claramente con déficit de comunicación y expresión de sentimientos de forma inadecuada. Indudablemente estas conductas desadaptativas y el intercambio negativo se intensifican en parejas con problemas.

Cuando se logra la desintoxicación del enfermo es necesario empezar a trabajar la deshabitación. Mientras que en la primera el tratamiento puede ser enfocado de forma individual, en la segunda juega un papel primordial el apoyo familiar y la calidad de las relaciones conyugales. Sin embargo, iniciada la deshabitación, en la pareja quedan unos destrozos ocasionados por los años que han convivido con el problema.

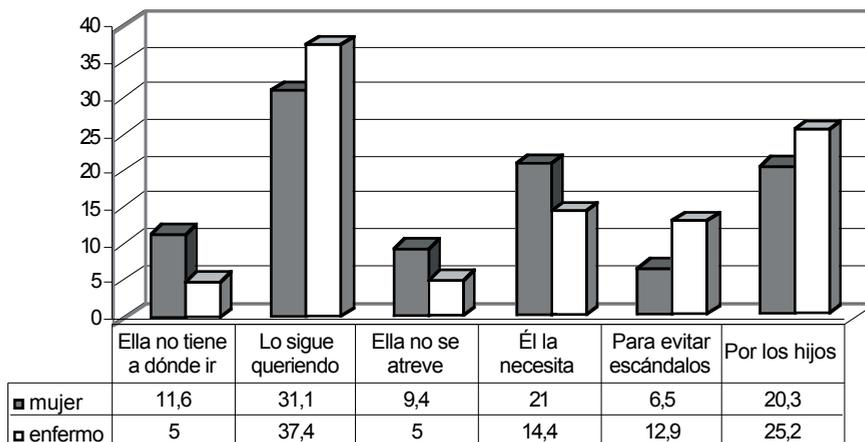


Figura 5. Razones por las que las mujeres –en su propia opinión y en la de su pareja– no abandonan a los compañeros enfermos alcohólicos (en porcentajes de respuestas).

Intentando conocer algo sobre estos daños, se les formuló la pregunta: *¿cree que falta algo importante en vuestras vidas ahora?* El ítem era abierto de modo que no se quiso influir en absoluto en sus respuestas. Las contestaciones apuntan carencias en la comunicación y el dialogo. Otras respuestas hacen referencia a que la relación de pareja está muy deteriorada haciendo hincapié en la necesidad de cariño, comprensión, sexo, confianza, unión...

El 37% de los sujetos (hombres y mujeres en la misma proporción) declaran que les falta algo importante en sus vidas. Otro porcentaje importante (23%) dicen que se sienten tristes y/o que la vida ya no puede ser como antes del problema. De los que dicen sentirse tristes ahora, más del doble son mujeres. Este dato pone de manifiesto que ellas necesitan una atención que hasta ahora ha sido insuficiente y que descuidar este aspecto puede en muchos casos hacer inútiles otros esfuerzos y llevar al fracaso de la rehabilitación.

Se nota algo así como el deseo de expresar que existiera un vacío que es necesario rellenar: *"hace falta ilusión, enamorarnos de nuevo, conocernos mejor, recuperar la felicidad, avanzar juntos..."* Estas contestaciones y otras del mismo estilo expresan la necesidad de reaprender conductas agradables y convivencias olvidadas. En palabras de una de las mujeres: *"...antes había broncas siempre a la hora de la comida. Ahora nos comemos la sopa en silencio y sin hablarnos, ¿qué hemos ganado?"*.

La recaída

De los sujetos entrevistados, el 66'7% se mantiene sin recaídas, teniendo en cuenta que el 75% de los enfermos encuestados llevan más de un año en tratamiento de desintoxicación y rehabilitación. Las recaídas son

más probables en los sujetos que durante la etapa de consumo acostumbraban a llegar a casa, silenciosos, somnolientos y huraños y se encontraban a una mujer que le grita y le intimida; por el contrario, parece disminuir el riesgo de recaídas cuando el antecedente eran los episodios violentos en los que las mujeres se muestran pasivas.

Aparece una relación negativa entre el número de recaídas y las altas puntuaciones de las mujeres en la subdimensión *control de impulsos*. Es decir, a menor capacidad por parte de ella en controlarse, mayor número de recaídas en ellos, hasta el punto que cuando ellas están en la media o puntúan alto en esta dimensión no hay ni un solo caso en el que ellos tengan más de una recaída. Quizás se produce es un efecto de reactancia por parte del enfermo. Este efecto nace cuando el individuo siente que su libertad de elegir libremente la conducta deseada se ve amenazada (en este caso, por una mujer que no se controla); entonces su motivación para actuar de ese modo aumenta. Confirmando esta posible hipótesis, en el 71% de los casos en que el enfermo ha tenido alguna recaída, quien tomaba las decisiones total o principalmente en el núcleo familiar era la mujer. En otras palabras, cuando ella es la que manda, las recaídas suben. En la dirección opuesta, el porcentaje de recaídas baja al 15% cuando las decisiones las toma principalmente él. Es más, en el caso de que las decisiones familiares las tomara exclusivamente el enfermo, no hemos encontrado ninguna recaída. Cuando nadie controla su libertad, no hay recaídas en nuestro estudio.

Si relacionamos las recaídas con el control, por parte de ella, de las salidas a la calle del enfermo, vemos que también hay una relación negativa entre control y recaídas ya que de aquellos que no han tenido ninguna

recaída, el 80% no tenían controladas sus salidas. Este dato puede ser una evidencia clara de que la conducta de reactancia puede ser una explicación.

Si atendemos a las *ideas irracionales* y automáticas de este colectivo, descubrimos una serie de ellas de las que están totalmente convencidos y que son difíciles de erradicar. Por ejemplo, un 82% de los alcohólicos dice que en caso de recaer, ellas *tienen* (obligatoriedad) que ayudarles en *todo* (generalización) de nuevo.

Por otra parte, si se les pregunta a ellas que qué harían en caso de una nueva recaída el 64% contesta que volvería a empezar de nuevo y le ayudaría.

Reparto de responsabilidades

Un 58% de las mujeres cree que debe controlar las salidas a la calle y/o los gastos de su marido y están convencidas de que el comportamiento del marido depende de ellas. Así, a la pregunta de si se sentía responsable de la curación de su pareja, un 38,2% responde que si ella no hubiese asumido el control él se habría hundido del todo. En muchos casos ambas partes aceptan que sea ella la que tome el rol de “gerente” de la familia durante muchos años. Luego, una vez en abstinencia, el marido intenta recuperar el control y esta pretensión, a veces no consciente, puede generar una serie de conflictos en la pareja. Podemos ver algunos ejemplos. El 71% de las mujeres reconocen que, ahora que están sus maridos en abstinencia, son ellas las que principalmente toman las decisiones en los asuntos familiares. Ellos, sin embargo, se atribuyen este poder en un 47%. Eso arroja un 18% de parejas en las que la disputa del control es un desencadenante de conflictos y en algunos casos propicia recaídas. Sólo un 5% de los encuestados dicen que las decisiones las toman a medias.

Fobias

En el tiempo que llevamos colaborando con este colectivo, en más de una ocasión nos han solicitado ayuda por padecer algún tipo de fobia y quisimos saber si éste podría ser un trastorno más o menos generalizado en esta población, encontrándonos con la sorpresa de que un 75% de las mujeres encuestadas declara que sí padece algún tipo de fobia entre las que destaca *miedo a los lugares altos*, seguida de *estar sola* y *quedarse encerrada en el ascensor*. Se ha pensado que estas manifestaciones pueden ser el resultado de un mecanismo de defensa, una estrategia enfocada a justificar su sensación subjetiva de incompetencia, porque otra de las características de este colectivo es la baja autoestima.

Asociados a estas fobias, los síntomas de ansiedad más frecuentes que se han encontrado son cansancio extremo, nudo en el estómago y sensación de que van a perder el control, en este orden de frecuencia, siendo, en cualquier caso, muy superiores a la media poblacional.

Riesgos para las mujeres del alcoholismo crónico de sus maridos y compañeros

El alcoholismo crónico puede ocasionar daño psicológico en las personas que están en contacto con el enfermo, no sólo porque deteriora la calidad de las relaciones sociales y de pareja, sino también porque puede provocar la aparición de determinadas patologías en quienes se sienten corresponsables del problema. Intentaremos resumir, a modo de propuesta, los déficit detectados en la mujer del enfermo alcohólico con nuestro estudio.

Si la etapa problema es larga creemos que la mujer aprende a desconfiar de la eficacia de sus acciones para conseguir los resultados deseados (*indefensión aprendida*). Asimismo

aumenta su vulnerabilidad a los trastornos psicosomáticos y de ansiedad (fobias). Por otra parte, estas mujeres presentan una mayor inestabilidad emocional. Muchas de ellas experimentan sentimiento de culpa. Es posible que en algunos casos la combinación de desesperanza y culpa desemboque en un trastorno depresivo. Tras años de asumir la responsabilidad del comportamiento de su marido alcohólico, cuyo comportamiento está totalmente fuera de su capacidad de control, desarrollan un fuerte estrés emocional. Como resultado de todo lo anterior, estas mujeres tienden a rehuir el contacto con personas ajenas y son reacias a las experiencias nuevas. Durante mucho tiempo han aprendido a no dialogar de forma provechosa, a utilizar siempre la discusión violenta y esa falta de habilidad es patente sobre todo en las relaciones de pareja y sociales. En casos extremos, el perfil de estas mujeres podría acercarse a la personalidad tipo *esquizoide*, caracterizada por la falta de interés hacia las relaciones sociales, dificultad en expresar los propios sentimientos y distanciamiento emocional.

Según las tendencias apuntadas por los resultados de nuestro estudio exploratorio, una propuesta de intervención dirigida a fortalecer psicológicamente a las compañeras de los enfermos alcohólicos y a prevenir en ellas el daño psicológico, reduciendo los factores de vulnerabilidad que parecen afectarles de modo más significativo, contemplaría, en primer lugar, un tratamiento individualizado para lograr una reestructuración cognitiva que elimine los sentimientos de culpa, mejore la autoestima, y facilite el reaprendizaje de la eficacia de la acción como medio para conseguir lo deseado (para contrarrestar la indefensión aprendida), combinado con técnicas prácticas de autorrelajación, para minimizar los síntomas psicosomáticos. En segundo lugar, se las debe instruir en recursos para la convivencia con un

enfermo alcohólico (aprender a devolverle el rol familiar que corresponda, aprender qué cuidados necesarios y cuáles no, aprender a negociar el control –de las salidas, los gastos, etc.-). Por último, en tercer lugar se debe acometer un taller de habilidades sociales y comunicativas que faciliten la apertura de la mujer a nuevas experiencias sociales enriquecedoras.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Avia, M.D., Sanz, J., Sánchez, M.L., Martínez-Arias, R.M., Silva, F. y Graña, J.L. (1995). The Five-Factor Model: II. Relations of the NEO-PI with Other Personality Variables. *Personality and Individual Differences*, 19, 81-97.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Neuman, C.F. y Liese, B.S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Bermúdez, J. (1995). *Manual del Cuestionario "Big Five" (BFQ)*. Madrid: TEA.
- Borkenau, P. y Ostendorf, F. (1990). Comparing exploratory and confirmatory factor analysis: A study on the 5-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 11, 515-524.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (1996). *Tratamientos Psicológicos de hábitos y enfermedades*. Madrid: Ediciones Pirámides S.A.
- Caballo, V. (1995). *Manual de Técnicas de Terapias y Modificación de Conducta*. Madrid. Siglo XXI.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. (1993). *Big Five Questionnaire (BFQ). Manuale*. Florencia: Organizzazioni Speciali.

- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. y Perugini, M. (1993). The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288.
- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Echeburúa, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.
- Johnson, J.A. y Ostendorf, F. (1993). Clarification of the Five Factor model with the Abridged Big Five Dimensional Circumplex. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 563-576.
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Millon, T. y Davis, R.D. (1999). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona. Masson.
- Noller, P., Law, H. y Comrey, A.L. (1987). Cattell, Comrey, and Eysenck Personality Factors Compared: More evidence for the five robust factors? *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 775-782.
- Peterson, C., Maier, S. F. y Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ruiz, V.M. y Jiménez, J.A. (2004). Estructura de la personalidad: Ortogonalidad versus oblicuidad. *Anales de Psicología*, 20 (1), 1-13
- Salgado, J.F. (1996). Análisis exploratorio y confirmatorio del Inventario de Personalidad de Cinco Factores (IP/5F). *Psicológica*, 17, 353-366.
- Silva, F., Avia, M.D., Sanz, J., Martínez-Arias, R.M., Graña, J.L. y Sánchez-Bernardos, M.L. (1994). The Five Factor Model: I. Contributions to the structure of the NEO-PI. *Personality and Individual Differences*, 17, 741-753.
- Vicente, F., Ferrándiz, P. y Pardo, A. (1991). Entrenamiento con descargas escapables y/o predecibles sobre la conducta de escape. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44 (3), 299-304.

