

Malos tratos y alcohol

Dr. Francisco Pascual Pastor.

C/ Ibi nº 40 – 03802 – Alcoi (Alicante)
Tel. 966522986 – 660986024

E.Mail: fr.pascualp@coma.es

Actualmente medico de Unidad de conductas adictivas en expectativa de destino.
Médico de la Conselleria de Sanitat – Generalitat Valenciana.

Malos tratos y alcohol

Dr. Francisco Pascual Pastor.

(doctor en medicina)

Médico de conductas adictivas. Master en drogodependencias.

Especialista Universitario en alcoholismo por la Universidad Autónoma de Madrid.

Asesor Técnico de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España. (F.A.R.E.)

INTRODUCCIÓN:

Doctor, por favor, ayude a mi marido a dejar de beber. Cuando los viernes recibe la paga semanal, llega borracho a casa, se ha gastado todo el sueldo y empieza a pegarme, a llamarme puta y a decirme que me acuesto con medio barrio, y todo eso delante de mi hijo de cuatro años, que huye y se esconde debajo de la cama.

Yo le intento calmar, le digo que no grite, que son las tres y media de la madrugada y no son horas, que vamos a despertar a los vecinos. Él me sigue insultando, me pega más fuerte, grita mas: *“ahora se van a enterar todos de quien eres tu”*.

Mi hijo, ya sin lágrimas en los ojos, tiembla debajo de la cama, yo, embarazada de cinco meses – se me nota la barriga – maldigo la hora en que le dejé entrar en la casa la última vez. Era la 5ª o la 6ª vez que me prometía que no lo volvería a hacer.

Hace quince días aborté, me voy a vivir a casa de mi hermana, vive en un pueblo a 50 kms. de aquí, pero usted no le diga donde estoy. Le tengo miedo. Pero ayúdele, yo se que el me quiere, y si quiere que le diga la verdad yo también. Si deja de beber igual vuelvo con él. En el fondo se que es buena persona y no me quiere hacer daño. Maldito alcohol.

Este puede ser el relato, de hecho lo es, alterado en algún pequeño detalle para que nadie se pueda identificar, aunque seguro que muchas mujeres se sienten identificadas con la historia.

Como decía, este es un relato real de los muchos que he tenido que escuchar en las entrevistas mantenidas con esposas de alcohólicos, durante mis diecisiete años de profesión.

CAUSAS DE LOS MALOS TRATOS:

Alcohol, familia, celos, hijos, impulsividad, alteraciones de la conducta, codependencia, amor, odio; mézclese, agítese y ya tenemos el cóctel explosivo que nos está llenando la páginas de los periódicos y las noticias de la televisión con tanta frecuencia que a fuerza de indignarnos, terminará por dejarnos indiferentes, si es que antes no se pone un remedio efectivo, terapéutico, educacional y preventivo previo al estrictamente represivo, que por obviedad siempre se aplica tarde, mal y no siempre con los recursos y condiciones adecuados.

Cierto es que el alcohol no es la única causa de los malos tratos, no obstante profesionales como el Dr. Fernando Espí, Jefe de la Unidad de Alcoholología del hospital de la Arrixaca en Murcia, señala que el alcohol está presente en más del 50% de los casos¹.

Existe un grupo de personas que desencadenan su agresividad y llegan a maltratar porque sufren una enfermedad mental, pero lo más frecuente es que si existe un trastorno de personalidad éste haya sido producido por el consumo de sustancias tóxicas², esta es la opinión del psiquiatra forense José Carlos Fuertes Rocañín, del cual destacaríamos además la siguiente concepción sobre la causalidad del alcohol en los malos tratos: “ *los bebedores excesivos entran en el campo de los malos tratos por la desinhibición que genera el alcohol*”.

¹ Noticia publicada en Panorama Actual el 29 de Agosto de 2003.

² Fuertes Rocañín, J.C. , presidente de la X Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense. Burgos. Febrero 2002.

Sabemos desde hace tiempo que consumo de alcohol y suicidio están íntimamente unidos, al igual que el gran número de reyertas callejeras, y es que el efecto desinhibidor del alcohol permite realizar a algunas personas actos contra ellos mismos o contra los demás de carácter destructivo, lo que no serían capaces de hacer en condiciones normales. Simplemente “no se atreverían”. El alcohol les da la “fuerza” que no tienen. Podríamos decir que estimula su “falta de madurez personal”.

El alcohólico, el bebedor abusivo, no es una mala persona, es el consumo el que hace que actúe como una persona mala. Si no fuésemos capaces de entender esto, el trabajo a realizar con estas personas sería en vano, hay que entender, salvando las distancias que el maltratado es víctima, pero también lo es en muchas ocasiones el maltratador, en este caso y por este motivo, después de agredir se autoagrede o incluso después de matar se mata.

Siempre se hace sufrir a quien más se quiere. En realidad el maltratador hace víctima suya a sus seres más cercanos, a sus padres, a sus hijos y a su esposa, sobre todo a esta última, aunque ya sea exesposa, el término “EX” no se asume no se quiere entender, pues se confunden; y no solo en este ámbito, las palabras amor con posesión. “Si no eres mía no serás de nadie”.

EPIDEMIOLOGIA:

Los datos epidemiológicos varían según los distintos estudios realizados en España, pero todos coinciden en relacionar el consumo de alcohol y las drogas con la violencia doméstica, oscilando las cifras entre 5 de cada 10 mencionadas antes para el Dr. Espí a 7 de cada 10 para un estudio realizado en la Comunidad Valenciana en 2002³.

³ Proyecto MALVA. Abuso de Alcohol y Violencia Doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención. Fundació Salut i Comunitat. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. 2002.

En un estudio realizado por la Oficina del Defensor del Pueblo sobre la “Violencia doméstica con mujeres” en el año 1997, el 48% de las víctimas de malos tratos, atribuían al alcohol la causa principal de la violencia, seguido por las otras drogas, o la combinación de ambas, todo ello unido al carácter violento del agresor, que se manifestaba en 1 de cada 10 denunciados.

Cuatro años más tarde, en 2001 el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), analizó las causas atribuidas por los ciudadanos a la violencia, en el 95’8% la respuesta fue el abuso de alcohol, el 94’7% el consumo de drogas y para el 90’5% la causa eran los problemas psicológicos y mentales.

Haciendo una abstracción de los distintos estudio, podríamos atribuir una multicausalidad para intentar comprender, analizar y prevenir la violencia y los malos tratos, en la que el consumo de alcohol suele ser factor concomitante.

En un estudio realizado por la socióloga madrileña, Da. Mary Pepa García Mas⁴ entre mujeres víctimas de malos tratos residentes en centros de acogida, encontró que el 59% de estas mujeres atribuían al consumo excesivo de alcohol la causa principal de las conductas violentas de sus agresores. La muestra estaba tomada en centros de Madrid, Barcelona, Córdoba y Comunidad Valenciana.

Supongo que después de lo expuesto, no queda ninguna duda de la relación alcohol / malos tratos.

El perfil habitual de las víctimas se corresponde con el de mujeres, jóvenes de 25 a 29 años y adultos de 40 – 59 años, separados/as, previsiblemente como consecuencia de las agresiones, personas que mantienen una convivencia de hecho y que se encuentran en situación de desempleo.

⁴ García Mas, Mary Pepa. Alcohol y Violencia familiar. Presentado en el Congreso sobre jóvenes, noche y alcohol. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid. Febrero 2002.

Por otro lado, el perfil del agresor es el de varón, joven de entre 18 – 29 años, con niveles de estudios medios – altos, con ingresos familiares medios, en situación de desempleo o contrato de trabajo temporal y con un deficiente estado psíquico emocional.

Estos perfiles fueron presentados por el sociólogo Lorenzo Sánchez⁵ en el transcurso del I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos, celebrado durante el mes de febrero del presente año en Santiago de Compostela y es el resultado del estudio “Genero – Alcohol y Cultura” promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS); en este estudio se vuelve a constatar que al menos la mitad de los individuos habían consumido alcohol antes de la agresión.

Agresión que en muchas ocasiones no es únicamente física si no también psicológica (insultos, negarse a hablar o hacerlo de forma despectiva o hiriente, con descalificaciones y humillaciones a la persona), y aún a pesar de todo ello, el estudio revelaba que el 71’4% de las víctimas sigue conviviendo con su agresor.

Miedo a lo que pueda ocurrir, a quedarse sola, indefensión y otras múltiples razones difíciles de entender justificarían esta decisión. Más comprensible si entramos a analizar el fenómeno de codependencia que sufren muchas de estas víctimas de los malos tratos.

CODEPENDENCIA:

El Dr. Saul Alvarado⁶, dispone en Internet de una página web sobre adicciones, en la que autoriza hagamos uso de la información allí vertida cuando su objetivo sea el educativo o clínico y así lo vamos a hacer. El mismo Dr. Alvarado, tiene en la página web un test autodiagnóstico para la codependencia que aunque no

⁵ Sánchez, Lorenzo. Genero, alcohol y cultura. I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos. SET. Santiago de Compostela. Febrero 2004.

⁶ www.adicciones.org

posea carácter estrictamente científico, si que resulta muy orientativo y útil para nuestro quehacer diario.

Pero ¿Qué es la codependencia?. Pues sin lugar a dudas puede ser definida como *“una enfermedad, cuya característica principal es la falta de identidad propia”*.

La persona pierde la realidad de su propio yo y su realización personal cree alcanzarla por medio de las necesidades y los cuidados de los demás, de los que se hace tan responsable, hasta el extremo que llega a pensar que si ellos fallan es como si ella misma fallara.

La percepción de si misma y su autoestima es tan baja que necesita mantener ese rol de persona imprescindible para ese “otro”, que eso es lo que hace que se sienta bien, y si las cosas no salen bien, ella es la culpable. Si salen bien aún va a necesitar el reconocimiento de los demás, pues solo de esa forma empezará a encontrarse un poco reconfortada.

En ese sentido, la codependencia se origina en familias disfuncionales, donde existe algún enfermo, y en el caso que aquí nos ocupa, donde haya una persona adicta al alcohol, con un ambiente lleno de estrés y violencia.

El codependiente necesita estar siempre alerta, vigilante, protegiendo a su agresor y a los agredidos y no puede, no debe fallar ni mucho menos abandonar, y sigue aguantando. Echen lo que le echen.

Según el Dr. Alvarado *“cuando una persona vive su vida a través de los demás y a costa de sus legítimas necesidades, va más allá de lo que exige el verdadero amor. Se quema hasta tal punto de no quedar ya nada de ella”*.

La codependencia crea pues angustia, amargura, enojo y culpabilidad irracional, puede nacer de una amor malsano, provocado en ocasiones por un

ambiente familiar en el que uno no se sentía amado, pero al que a la vez es incapaz de renunciar.

Más difícil, la persona codependiente no confía en la persona sobre la que tiene que influir o cuidar por lo que trata de perseguirla, controlarla, pautarla, dirigirla..., destrozando aún más si cabe su ya maltrecha relación. Provocando una irritabilidad que incrementa la violencia.

Al final nos preguntamos ¿Quién es víctima de quien?. Y es que se llega ya a un extremo en que solo quedan las ruinas de una relación que no ha podido ser y que en muchas ocasiones no se puede reconstruir en un modo de vida conjunto. Dependiente (agresor – víctima) y codependiente (agredido – víctima) y el resto de la familia, tendrán que recibir todos un tratamiento específico para rehacer su propia vida.

Quizá sin los abusos de alcohol, nos hubiésemos ahorrado llegar al 50 – 70% de estos casos.

Analicemos en este punto como podemos diagnosticar y actuar sobre el abuso – dependencia del alcohol y así actuar de forma prematura.

ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL:

El alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$), es un líquido alifático, hidroxilado e incoloro, base principal de las bebidas alcohólicas, está catalogado como una droga depresora con gran afinidad por el sistema nervioso central.

Como consecuencia de esa depresión del SNC, actuará a nivel psicológico provocando desinhibición de la conducta y alteración del sentido de la realidad, dependiendo de las dosis y de la idiosincrasia personal puede tener efectos sedantes o euforizantes.

Es una de las drogas más potentes que existen, con gran potencial adictivo tanto desde el punto de vista físico como psicológico, aunque la sociedad actual no le da la verdadera importancia que tiene debido fundamentalmente a su consumo transcultural, que la han convertido en una droga social y sociabilizadora. Hasta que aparecen sus efectos nocivos, bio – psico – sociales.

Se calcula que en España alrededor de el 6 - 8% de la población puede estar haciendo un consumo problemático de bebidas alcohólicas, para su salud, en relación con los problemas de tráfico, laborales, de malos tratos...

La Asociación Americana de Psiquiatría ha elaborado unos criterios diagnósticos para el abuso y para la dependencia de sustancias, que publicados en su manual diagnóstico y epidemiológico DSM-IV-TR, nos sirve de guía para poder determinar en que momento nos encontramos ante una persona con este tipo de patología. Los criterios son genéricos para cualquier sustancia, basta sustituir “sustancias” por la que queramos analizar en ese momento.

Además para llegar al diagnóstico del alcoholismo disponemos de pruebas o marcadores biológicos o de laboratorio como son el Volumen Corpuscular Medio (VCM), la Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT) o la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT) y de sencillos test diagnósticos, como es el caso del CAGE.

No obstante deberíamos señalar que en el caso de los malos tratos, aunque en muchas ocasiones podemos llegar al diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol, con los instrumentos aportados, no siempre será así, pues cabe recordar que el consumo de alcohol en momentos determinados, es suficiente para hacer perder el control a un individuo, aunque el consumo no sea habitual.

Pero como ya hemos establecido anteriormente la importancia del alcohol en los malos tratos, insistiremos en recordar que las consecuencias del abuso de alcohol superan al propio paciente y afectan a la familia con la que convive. El grado de afectación familiar dependerá de la gravedad del trastorno, pero además otros factores como: la personalidad de la pareja o de los padres del afectado, su capacidad de afrontamiento de conflictos, su “salud mental”, la situación económica, y otros tantos tendrán un peso específico para cada “estructura familiar”.

ENFOQUE FAMILIAR DEL PROBLEMA DEL ALCOHOL:

La forma en que cada entorno familiar reaccione ante el individuo que abusa del alcohol, será un punto clave a la hora de tomar el paciente la decisión de ponerse en tratamiento e incluso de mantenerse en él. Por tanto, en muchas ocasiones habrá que iniciar el proceso motivando a la familia y dándole a conocer cómo tratar al afectado a fin de que éste acceda incluso a acudir al tratamiento.

Tener una entrevista con un profesional, puede significar un inicio de tratamiento o bien trabajar la motivación hacia el mismo. El primer contacto puede correr a cargo del Trabajador Social, aunque indistintamente realizará este primer contacto el profesional que pueda disponer de un tiempo lo antes posible.

Se puede ofrecer a la familia una información sobre la conducta alcohólica, sobre las distintas ofertas terapéuticas, pautar modos de intervención, dar a conocer el significado de la recaída, e incluso tratar las alteraciones aparecidas en el entorno familiar (G. Llorca 1995), en este sentido se propone actuar con la familia haya acudido el paciente o no a iniciar un tratamiento, ya que en muchas ocasiones una buena intervención familiar puede desembocar en la captación del sujeto.

Desde la solicitud directa, con una demanda específica de tratamiento, pasando por una solicitud desviada, en la que el paciente solicita tratamiento para una de sus manifestaciones, pero no para su dependencia, hasta la solicitud indirecta por parte de algún familiar o amigo, e incluso la detección del alcoholismo por abstinencia obligada con la negación por parte del paciente de su problemática (G. Llorca, 1995), serán situaciones que todo profesional deberá atender, marcándose como primer objetivo el aumentar la motivación del paciente para intentar que inicie un tratamiento, o en el peor de los casos entraremos en un compás de espera hasta “tocar fondo”.

No obstante debemos entender que el hecho de diagnosticar un trastorno por abuso o dependencia a bebidas alcohólicas no será sinónimo en muchos casos de inicio de tratamiento, encontrándonos en muchas ocasiones en momentos de “no-tratamiento”, traducido en resistencias al mismo, negación del problema, o en la imposibilidad de mantener la abstinencia.

Si a la negativa o imposibilidad de iniciar un tratamiento sumamos la coexistencia de malos tratos, el tratamiento deberá ir dirigido en este caso y en primera instancia a salvaguardar la integridad física y psíquica de la persona agredida y de su entorno, sin que en esta actitud se entienda una negación de intervención hacia el “problema de alcohol”, que quedaría relegado a un segundo término.

Si se puede acceder al tratamiento del paciente alcohólico, tanto desde los centros específicos de atención a alcoholismo, drogodependencias, como desde todas las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, la mayoría de las cuales cuentan con apoyo y asesoramiento profesional pueden dar una respuesta válida si es necesaria.

La farmacología y la psicoterapia en sus distintos aspectos harán el resto.

Fármacos disuasorios del consumo, anticraving (antideseo), para el control de impulsos, técnicas motivacionales o de habilidades sociales serán paso obligado tras la

adecuada desintoxicación del paciente, la cual podremos realizar en régimen ambulatorio u hospitalario según el caso.

REINSERCIÓN DEL BEBEDOR / AGRESOR:

No solo se trata de ofrecer un tratamiento encaminado a que el sujeto abandone el hábito alcohólico, además es imprescindible establecer una serie de medidas correctoras que podríamos englobar bajo e epígrafe de reinserción y que según Funes, J. consistirían en:

“Replantear la reinserción... Es replantear el proceso de recuperación de bajo a arriba, y no tan solo de una supuesta etapa final”

“La reinserción social es fundamental que se de cuando comienza el tratamiento, mientras sigue y cuando se termina”

“Reinsertar supone reconstruir totalmente, hasta los más pequeños detalles, una vida que durante mucho tiempo se ha desarrollado... En condiciones totalmente al margen de la normalidad social”⁷.

La reinserción en muchas ocasiones es un proceso largo y con retrocesos, que conllevaría aspectos, que en su lucha por vencer el alcoholismo, y su forma de entender la vida y su relación con los demás, la persona debe ir logrando:

- * Reorganización de su vida personal, familiar, laboral, social...
- * Recuperación de su autoestima.
- * Asumir responsabilidades que había rehuido o era incapaz de asumir.
- * La integración social en el medio donde vive y de donde se excluyó o le excluyeron.

Deberíamos conseguir de la persona que:

⁷ Jaume Funes “La drogadicció: on som?”. Generalitat de Catalunya.

**VOLVIESE A FORMAR PARTE DE LA REALIDAD, DE LA SOCIEDAD Y
CONSEGUIR SU MANERA PROPIA DE ACTUAR, DE VIVIR Y DE SER.**

ESTRATEGIAS IDONEAS PARA CADA NIVEL DE PREVENCIÓN⁸:

Cuando no conseguimos un tratamiento adecuado y a tiempo, hay que actuar con premura y anticipadamente:

Modelos	Estrategias
Ético-jurídico	<ul style="list-style-type: none"> - Solución rápida y eficaz de los juicios de malos tratos - Incapacidad de sus parejas para custodia de los hijos - Presencia Asistente Social en las visitas a los hijos - Alejamiento del agresor - Reglamentación del número de visitas - Reforma de leyes (en marcha) - Mayor protección a las mujeres maltratadas
Médico-sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoriedad de tratamiento psiquiátrico y de alcoholismo. - Apoyo psicológico
Psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Campañas de sensibilización - Elevar el precio de las bebidas
Socio-cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Viviendas sociales - Ayudas económicas - Proporcionar trabajos remunerados

⁸ García Mas, Mary Pepa. Ob.cit.

CONCLUSIÓN:

Mira Paco; así se dirigía a mi una paciente de 20 años, poco tiempo después de haber fallecido su madre por una hemorragia digestiva alta, fruto de unas varices esofágicas producidas por su cirrosis hepática.

Mira Paco, yo se que mi madre se prostituía para poderme dar a comer y que era una alcohólica, que su pareja, con la que convivió hasta hace dos años le daba unas palizas de muerte, pero yo no quiero terminar igual.

Todo esto me lo decía mientras se levantaba la falda y me enseñaba los múltiples moratones, de la paliza que el día anterior le había propinado su compañero y padre de su hijo de dos años. La cara, deformada, con los ojos hinchados y de color violeta, el labio inferior partido en dos, lleno de sangre seca, todo ello oculto tras unas gafas de sol que no escondían ni su propia vergüenza.

Pues si no quieres terminar igual, denúnciale, yo te relleno el parte de lesiones y lo denuncias, le dije.

No, no lo voy a hacer, yo también le pegué, estábamos los dos bebidos, el había esnifado coca y sabes que los dos estamos sin papeles, además yo todavía tengo un juicio pendiente por agresión en la calle.

Pues te arreglamos los papeles y te vas a un centro de acogida con tu hijo, allí sigues tratamiento, aprendes un oficio e intentas rehacer tu vida, ahora en España ya no tienes a nadie y tendrás que empezar a saber arreglártelas.

Te he dicho que no, el se va a su país, con su familia, esta mañana me ha pedido perdón, recogerá dinero y buscará un trabajo, cuando lo tenga yo me iré allí con él. Tu cúrame las heridas y me das un tranquilizante, mañana seguro que estaré mejor.

Yo no te puedo obligar a que pongas una denuncia ni a que ingreses en ningún sitio, cuando te lo pienses mejor vienes y me dices que podemos hacer.

Al cabo de 6 meses volvió, estaba de nuevo embarazada, nada había cambiado, ni nada creo que cambie.

Todos los días leo el periódico, con miedo.

Seguro que hay que ajustar la ley a esta realidad, tan próxima, tan real, tan frecuente.

Seguro que únicamente con el empeño de todos y cada uno de los que estamos implicados podremos acercarnos a poner soluciones, las que propone la socióloga García Mas, son hoy por hoy las más coherentes, efectivas y aplicables.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Criterios Diagnósticos Masson S.A. Barcelona. 2003.
- Cano de la Vega, J.F. La actuación policial ante las mujeres víctimas de malos tratos. www.policiamunicipal-rt.com/n518/violencia2.htm.
- Font, J. I Vila-Abadal, J. La drogadicció: on som? Contribució a un estudi interdisciplinari. Barcelona 1987.
- Fundació Salut i Comunitat Proyecto MALVA. Abuso de Alcohol y Violencia Doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la Intervención. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. 2002.
- García Mas; M.P. Alcohol y violencia familiar. Congreso sobre jóvenes, noche y alcohol. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid. Febrero 2002. Web. PNSD.
- *JAMA* 1984;252:1905 The CAGE questionnaire.
- Llorca Ramón, Ginés. Alcoholismo. Cuadernos de Psiquiatría. Universidad de Salamanca. 1995
- Mingote Adán; J.C. Violencia de Género. Atención Primaria y Salud Mental. Vol. 6 nº 3 2003. p.p. 7-29
- Problemas por el alcohol en la familia. Informe para la Unión Europea.1999. (traducción y supervisión Miguel A. Torres – SOCIDOGALCOHOL)
- Roman Pina- Fuster, R. (2000) Embriaguez, Alcoholismo y derecho Penal. Edit. Bosch. Barcelona.
- Sánchez Pardo, L. ; Navarro, J.; Valderrama, J.C.. Estudio Internacional sobre Género, alcohol y cultura “proyecto Genacis” SET. Gráficas Díaz . san Vicente 2004.