

Lic. en Enf. Gabriela Camacho Miranda

ALCOHOLISMO; ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
QUE UTILIZA LA FAMILIA PARA COHABITAR.

2012



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

ALCOHOLISMO; ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZA
LA FAMILIA PARA COHABITAR.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado Maestra en
Ciencias de Enfermería.

Presenta

Lic. en Enf. Gabriela Camacho Miranda.

Santiago de Querétaro, Qro. Septiembre 2012



Universidad Autónoma de Querétaro.

Facultad de Enfermería

Maestría en Ciencias de Enfermería.

ALCOHOLISMO; ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZA LA FAMILIA PARA COHABITAR.

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Presenta

Lic. en Enf. Gabriela Camacho Miranda.

Dirigido por

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

SINODALES

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Presidente



Firma

Dra. Aurora Zamora Mendoza
Secretario



Firma

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Vocal



Firma

M.P.P.I.A. Juan Manuel Oñate Romero
Suplente



Firma

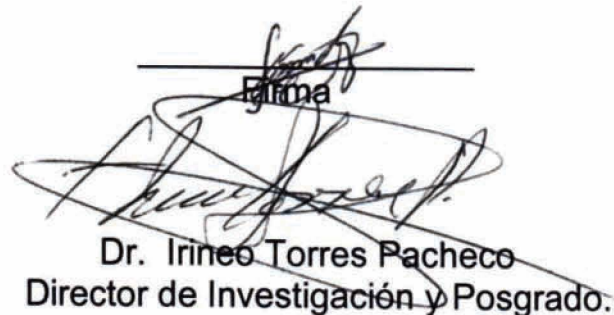
Dra. Ma. del Carmen Castruita Sánchez.
Suplente



Firma



M. en C. Gabriela Palomé Vega
Director de la Facultad



Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado.

Centro Universitario
Querétaro, Qro
2012
México.

RESUMEN:

Se considera al consumo de alcohol como un factor de integración social, sin embargo, el abuso en su consumo se ha conformado como un problema de salud pública mundial. **OBJETIVO:** Analizar las estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar con un integrante alcohólico, en una comunidad del Estado de México. **METODOLOGÍA:** Análisis descriptivo y co-relacional con diseño mixto. En la Fase cuantitativa: Participaron 100 habitantes mayores de 18 años, cuyas familias tenían al menos un integrante alcohólico. Se utilizó el cuestionario *COPE-28* para evaluar los tipos de afrontamiento. Fase cualitativa: Se entrevistaron (previo consentimiento) a cinco mujeres y se elaboró el genograma respectivo. Se analizó la dinámica familiar utilizando un análisis de contenido. **RESULTADOS:** Edad promedio: 37 años ($SD \pm 11.28$). 59% son del género femenino. 60% son casados. 36% con escolaridad secundaria. El 27% son amas de casa y el 91% profesa la religión católica. Los tipos de afrontamiento referidos fueron: 59% busca hacer algo para que la situación mejore (conductual activo). 65% no deja de ocuparse del alcohólico (conductual pasivo). 66% intenta estrategias para buscar lo positivo de la situación (*cognitivo activo*). 63% no cree que su situación sea real y busca consuelo en su religión (*cognitivo pasivo*). Afrontamiento emocional activo: 50% busca apoyo emocional de otros. Afrontamiento emocional pasivo: 55% de los participantes no expresa sus sentimientos negativos. Fase cualitativa: Como características en las entrevistadas se detectó que pertenecen a familias nucleares con cinco integrantes en promedio y con escolaridad secundaria. Las mujeres perciben una buena relación entre ellas y los hijos y como mala entre la familia y el alcohólico. Los tipos de afrontamiento más utilizados fueron el conductual pasivo y cognitivo pasivo. **CONCLUSIÓN:** El abordaje fue mixto, lo cual permitió identificar que los tipos de afrontamiento más utilizado por las(os) entrevistados fueron los pasivos, en donde predomina el no buscar ayuda y ocuparse del alcohólico. Además, no existen redes de apoyo para el tratamiento del alcoholismo, de donde surge la necesidad de la co-participación del personal de salud y la comunidad. **PALABRAS CLAVE:** (Estrategias de afrontamiento, alcoholismo, familia y Comunidad.



SECRETARÍA
ACADÉMICA

ABSTRACT:

Alcohol consumption is considered to be a social integration factor; however, abuse in its consumption has been determined as a global public health problem. **OBJECTIVE:** To analyze the coping strategies used by the family to cohabit with an alcoholic member in a community in the state of Mexico. **METHODOLOGY:** A descriptive analysis with a co-relational mixed design was applied. In the quantitative phase: Participants were 100 people of 18 year of age and over, whose families had at least one alcoholic member. The *COPE-28* questionnaire was used to assess the types of coping. Qualitative phase: We interviewed (with prior consent) five women and drew the respective genogram. Family dynamics were analyzed using *content analysis*. **RESULTS:** Average age: 37 years (DS +11.28). 59% are female. 60% are married. 36% completed junior high school. 27% are housewives and 91% are Catholic. types of coping were referred as: 59% do something to improve the situation (active behavior). 65% deals with the alcoholic (passive behavior). 66% try strategies to seek positive factors in a situation (active cognitive). 63% do not think their situation is real and seek for solace in their religion (cognitive passive). Active emotional coping: 50% seek emotional support from others. Passive emotional coping: 55% of participants did not express their negative feelings. Qualitative phase: As detected features in the interviewees was that they belong to nuclear families with five members in average and had completed junior high. Women perceived the relationship as "good" between the children and them, and perceived the relationship as "bad" between family members and the alcoholic. The most commonly used types of coping were passive and cognitive behavioral liabilities. **CONCLUSION:** The approach was mixed, which allowed identifying the types of coping liabilities used by the interviewees in which the action of not seeking help from others, and to take care of the alcoholic by themselves predominate. In addition, there are support networks for the treatment of alcoholism, from which and the community arise the need for co-participation of health professionals.

KEYWORDS: (Coping strategies, alcoholism, family and community).



SECRETARÍA
ACADÉMICA

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

A quienes me han heredado el tesoro más valioso que pueda dársele a un hijo: vida y amor. Quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han entregado gran parte de su vida para formarme y educarme. Quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho, y a quienes nunca podré pagar todos sus desvelos.

Mamá, tus consejos, paciencia, fortaleza, amor.

Papá, tu trabajo, apoyo, por tu memoria y recuerdo.

Quiero que sepan que mis logros también son de ustedes, porque la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue su apoyo y confianza.

Gracias.

A MIS HERMANOS

Porque son parte importante de mi vida, hemos compartido toda una vida llena de momentos felices, tristes y pérdidas muy dolorosas, porque a pesar de la distancia necesaria para que también se superen y logren sus metas, sé que cuento con su cariño y apoyo.

A MIS NINOS

Por su gran cariño, apoyo y consejos, por todo lo que me han brindado, por estar conmigo en los momentos felices y más tristes que he tenido en la vida, con amor y respeto.

A la Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón, por su ardua labor de guiar esta investigación, por las horas de su valioso tiempo invertidas, por su paciencia, recomendaciones, consejos y dedicación, para ver cumplir mi objetivo y el fruto de nuestro trabajo.

GRACIAS

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del proyecto FOMIS, apoyo CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) por el incentivo financiero otorgado para el desenvolvimiento de mis estudios de posgrado.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Querétaro, por el apoyo para la realización de mis estudios de Posgrado.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de Querétaro, por el apoyo para continuar con mí desarrollando profesional.

A la Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón, por compartir sus conocimientos, por su atención, tiempo y apoyo durante el proceso de mi formación profesional.

A los profesores sinodales, por sus valiosas contribuciones para el mejoramiento de esta investigación.

A los profesores de Posgrado de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de Querétaro, por compartir conmigo sus experiencias y conocimientos.

A todas las personas que participaron directa e indirectamente para la realización de la investigación.

Un agradecimiento especial para las mujeres, por depositar su confianza en mí y compartir sus experiencias, a los habitantes de la comunidad que participaron en esta investigación.

ÍNDICE

Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	VII
Índice de cuadros	VIII
Índice de figuras	IX
I.- INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos	6
1.3 Importancia de este estudio	7
1.4 Hipótesis y supuestos	8
II.- REVISIÓN DE LITERATURA	9
2.1 Adicciones	9
2.1.2 El alcohol	11
2.2 Síndrome Alcohólico en México	16
2.3 Familia	19
2.3.1 Clasificación de las familias	21
2.3.2 Modelos de familia.	22
2.3.3 Familia funcional	24
2.3.4 Familia disfuncional	25
2.4 Dinámica Familiar y Alcoholismo.	26
2.4.1 Estrategias de afrontamiento.	29
2.4.2 COPE	33
2.4.3 Genograma	35
2.5 Estudios relacionados	37
III.- METODOLOGÍA.	39
3.1 Metodología cuantitativa	39
3.1.1 Enfoque de estudio	39
3.1.2 Universo	39
3.1.3 Material y métodos	39
3.1.4 Muestreo	39
3.1.5 Criterios de inclusión	39
3.1.6 Criterios de exclusión	40
3.1.7 Criterios de eliminación	40
3.1.8 Proceso de análisis de datos	40
3.2 Metodología cualitativa	40
3.2.1 Enfoque del estudio	40
3.2.2 Universo	40

3.2.3 Material y Métodos	41
3.2.4 Acercamiento de campo	41
3.2.5 Elección de las participantes	42
3.2.6 Elaboración del Genograma	44
3.2.7 Proceso de análisis de datos	45
3.3 Ética de estudio	48
IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
4.1 Resultados fase cuantitativa	50
4.2 Resultados fase cualitativa	66
V.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	86
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
Apéndices	99

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1 Festividades religiosas del Municipio de Jilotepec de Molina Enríquez, Estado de México.	5
Cuadro 2.1 (INEGI, 2005) Clasificación de las familias.	21
Cuadro 2.2 Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Carver, Scheier y Weintraub	32
Cuadro 4.1 Características socio demográficas de los participantes en el estudio.	51
Cuadro 4.2 Afrontamiento Conductual Activo	53
Cuadro 4.3 Afrontamiento Conductual Pasivo.	55
Cuadro 4.4 Afrontamiento Cognitivo Activo	57
Cuadro 4.5 Afrontamiento Cognitivo Pasivo	59
Cuadro 4.6 Afrontamiento Emocional Activo	60
Cuadro 4.7 Afrontamiento Emocional Pasivo	61
Cuadro 4.8 Correlación de Pearson.	65
Cuadro 4.9 Características de las informantes en el estudio	68

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Mapa del Estado de México y sus Municipios	3
Figura. 2.1 Estructura básica del genograma.	36
Figura 4.1 Edad de los participantes en el estudio.	50
Figura 4.2 Familiograma de las familias participantes en el estudio.	69
Figura 4.2.1 Alcoholismo, problemática que presenta la familia.	75
Figura 4.2.2 Genograma de familias participantes en el estudio.	78
Figura 4.2.4 Afrontamientos que asume la familia, para cohabitar con el integrante alcohólico.	79

I.- INTRODUCCION.

Desde tiempos remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial que varía en cada persona de acuerdo a la cantidad ingerida, esto se refiere al estado de intoxicación alcohólica. El uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas datan desde 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación de las bebidas fermentadas data alrededor del año 800 después de Cristo¹.

Sin embargo, el consumo abusivo del alcohol y el alcoholismo es muy reciente y constituyen graves problemas de salud pública en casi todos los países del mundo; se conjuga con graves retrasos en lo económico y social: ése es el caso de México, donde se calcula que en la actualidad, existen cerca de 9 millones de personas inválidas por el alcoholismo, afectando seriamente a casi la mitad de la población y se considera un patrón social que se reproduce en la familia².

El consumo del alcohol, dentro de su proceso de normalización social es reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia, relaciones sociales, rituales y fiestas, observándose en casi todas las culturas, por lo que es una droga permitida que reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar. El alcohol es una de las drogas de fácil acceso que se ha convertido en un problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia, considerándose una de las adicciones más comunes entre la población y la familia, ya que es ésta la que sufre las consecuencias del alcoholismo cuando tiene un integrante alcohólico.

Diversos autores han estudiado la dinámica familiar en el hogar de procedencia del alcohólico y señalan su coincidencia con la llamada "crisis

familiar no transitoria" (divorcio, enfermedades crónicas o muerte en uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos ocasionando un 4,5% de abusos sexuales en la infancia en hombres y 7,8% en mujeres, actos deshonrosos, malas relaciones interpersonales, entre otras). Esta situación se considera que condiciona un trastorno del aprendizaje en una población específica de niños que se ha denominado "niños con incapacidad para aprender", con déficit cognoscitivo específico para el aprendizaje^{3,4,5}.

Por lo anteriormente descrito, la finalidad de realizar este estudio es para conocer e identificar las estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar con un integrante alcohólico.

1.1 Planteamiento del Problema

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA)⁶ reveló que en seis años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y 30% de quienes alguna vez las han consumido. El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, constituye un problema de Salud Pública en México. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan muchos aspectos de la vida de una persona. Los aspectos que reveló dicha encuesta fue la alta disponibilidad de las drogas para los adolescentes, ya que el 43% de los jóvenes de 12 a 25 años de edad está expuesto a ellas. La mitad llega a consumirlas de manera experimental, 13% de manera frecuente y el 2% de los hombres y 1.2% de las mujeres llegan a niveles de dependencia. En la misma encuesta se mostró que en los últimos seis años, el número de adictos a drogas ilegales aumentó 51%, siendo casi 500 mil personas. En tanto, los mexicanos que habían probado alguna droga pasó de 3.5 millones en el 2002, a 4.5 millones en el 2008. Asimismo, del 2002 a

la fecha, el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco se elevó de 5.03% a 6%.

El problema del alcoholismo y la farmacodependencia no sólo provoca daño al individuo que consume la sustancia, no es el único que sufre, por cada adicto activo, mínimo siete personas en su entorno resultan afectadas en mayor o menor grado⁷.

En este sentido, se plantea realizar el estudio en una comunidad del municipio de **Jilotepec de Molina Enríquez**, Estado de México, para identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias al cohabitar con una persona alcohólica.

Esta comunidad se ubica en la zona central y montañosa del estado de México, limita al norte con Hidalgo, al sur con Chapa de Mota y Timilpan, al sudeste con Villa del Carbón, al este con Soyaniquilpan de Juárez, Hidalgo, y al oeste con Polotitlán, Aculco y Timilpan. Tiene una altitud de 1670 msnm, una superficie de 586.53 Km², con 19 pueblos, 20 rancherías, 2 barrios, 4 colonias, 1 villa, su población aproximadamente es de 52609 habitantes, su gentilicio es Jilotepéquense, la cabecera municipal se denomina "Jilotepec de Molina Enríquez"⁸.



Fig.1.1 Mapa del Estado de México y sus Municipios.

La agricultura con el cultivo tradicional del maíz, la presencia de ranchos ganaderos productores de ovinos, bovinos y hasta de venados, así como el turismo, la industria y el comercio, conforman la actividad económica de la región⁸.

Su reseña histórica comienza 1º en la época prehispánica con el establecimiento de los otomíes (flechadores de pájaros), primeros pobladores de la región de Jilotepec (lugar del cerro del Jilote o maíz tierno). 2ª etapa histórica la dominación azteca y la influencia de la cultura náhuatl. Los otomíes de Jilotepec, se distinguieron en la actividad agrícola, alfarería y tejido. Con la caída del imperio azteca hicieron que Jilotepec fuera una de las provincias menores de México. Jilotepec fue una villa que contaba con doctrina religiosa franciscana. El 3 de abril de 1878, por decreto número 78, el Congreso eleva a la categoría de ciudad a la cabecera municipal, con el nombre de Jilotepec de Abasolo. En esta década, el municipio tiene ampliaciones y segregaciones en su territorio, pero también es cuando inicia su mejoramiento urbano al construirse el jardín, la plaza, los portales y edificios que aún hoy conserva. De 1918 a 1935, se da el reparto agrario por las ideas revolucionarias de Andrés Molina Enríquez⁸.

Dentro del patrimonio cultural, Jilotepec conserva las Iglesias coloniales y monumentos del siglo XVI, contando cada una de ellas con su Santo patrono o Virgen, siendo esto motivo de convivencia social, donde no falta la ingesta de bebidas embriagantes como el alcohol, pulque, mezcal, cerveza, entre otras. Las fiestas religiosas son numerosas en el municipio, durando éstas de 3 a 8 días, como se observa en el Cuadro 1.1.

Cuadro 1.1 Festividades religiosas del Municipio de Jilotepec de Molina Enríquez, Estado de México.

Pueblo	Santo Venerado	Fecha de Celebración
Xhimojay	Virgen de Guadalupe	1º de Enero
Tecolapan	Virgen de Guadalupe	12 de Enero
San Sebastián	San Sebastián	20 de Enero
Buenvista	Señor de la Humildad	10 de Febrero
Las Manzanas	San José	19 de Marzo
El Xhitey	Santo Niño de Atocha	30 de Abril
El Rincón	V.del Perpetuo Socorro	1º de Mayo
El Saltillo	V.del Perpetuo Socorro	10 de Mayo
Magueycitos	San Isidro	15 de Mayo
Dexcaní alto	Ntra. Sra. del Carmen.	16 de Junio
Acazuchitlán	San Juan Bautista	24 de Junio
Coscomate	San Pedro	29 de Junio
Calpualpan	Señor de la Humildad	22 de Julio
Oxthoc	Santiago Apóstol	25 de Julio
Octeyhuco	San Lorenzo	10 de Agosto
El Rosal	Santa Rosa de Lima	30 de Agosto
El Majuay	Sra. De los Remedios	1º de Septiembre
Dedení Dolores	Virgen de los Dolores	15 de Septiembre
San Miguel	San Miguel	29 de Septiembre
Aldama	Inma corazón de María	12 de Octubre
San Martín	San Martín	11 de Noviembre
Jilotepec	Virgen la concepción	8 de Diciembre
Danxho	Virgen de Guadalupe	12 de Diciembre
Villa de Canalejas	Virgen de la Piedrita	15 de Diciembre
San Pablo	San Pablo	24 de Diciembre
Xhixhata	Virgen los Remedios	25 de Diciembre

Fuente (Huitrón, 1999)

Beber compulsivamente afecta al alcohólico y al mundo que le rodea: amistades, empleo, hijos, padres, relaciones amorosas, matrimonio, todos sufren los efectos del alcoholismo, quedando más afectados los que están en contacto directo con el alcohólico y los que se preocupan por él quedan literalmente embrollados por el comportamiento de éste. Tratan de controlar la bebida de éste, pero ven que hacerlo está fuera de su alcance. Se avergüenzan de las escenas que el alcohólico hace en público, pero en privado ésta vergüenza se convierte en acusación. No tardarán en sentirse culpables, conllevando las heridas, temores y culpa del alcohólico⁹.

La co-dependencia alcohólica no es otra cosa que una enfermedad, la cual es padecida en muchas de las familias donde uno (o más) de sus

integrantes es un adicto a la droga más popular, es decir el alcohol. En todo grupo donde exista la presencia de un alcohólico, es probable que también estén presentes los co-dependientes, sufriendo en silencio y sin encontrar una salida a su problemática¹⁰.

Por lo mencionado y por años que el investigador vivió y las constantes visitas que se realizan a este municipio, por lo que de acuerdo a las costumbres y tradiciones que aún son muy marcadas en cuanto a su forma de ingerir bebidas alcohólicas, surge la inquietud de realizar un estudio de investigación en una comunidad del municipio de Jilotepec, debido a la observación de las manifestaciones sociales del consumo abusivo de alcohol, situación que afecta no solo al alcohólico sino que también a la familia.

Por lo anterior se plantea la pregunta de investigación. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar con un familiar alcohólico, en una comunidad del municipio de Jilotepec, Estado de México?

1.2 Objetivos.

General

Analizar las estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar, con un familiar alcohólico, en la comunidad de Villa de Canalejas, Municipio de Jilotepec, Estado de México.

Específicos

- Identificar características de las familias con al menos un integrante alcohólico.
- Realizar diagnóstico de la dinámica y condiciones de salud en familias que cuenten con al menos un integrante con problemas en su forma de beber.
- Establecer y tipificar estrategias de afrontamiento utilizadas por la familia para cohabitar con el integrante alcohólico.
- Relacionar estrategias utilizadas y la dinámica familiar.

1.3 La importancia de este estudio.

El profesional de enfermería debe involucrarse con la familia ya sea desde el trabajo en clínica o comunidad, para poder realizar un diagnóstico y de esta manera poder detectar las estrategias de afrontamiento implementadas por la familia para cohabitar con el integrante con problemas en su forma de beber, y que no se afecte en forma sustancial la calidad de vida de los integrantes de la misma.

El cuidado de enfermería debe llevarse a través de un modelo con enfoque a la educación, promoción y prevención a la salud familiar, para disminuir daños tanto en el individuo como la familia.

Para lo cual es importante conocer la patología y profundizar en la problemática que actualmente se vive en la comunidad, familia e individuo, motivo por el cual se utilizó una metodología cuali-cuantitativa para esta investigación.

De acuerdo con los resultados del trabajo de investigación podrán ser considerados para proponer acciones y programas en donde participen de manera conjunta tanto los miembros de la familia y comunidad en estudio, así como el personal de salud, en una perspectiva del cuidado holístico.

1.4 Hipótesis y supuestos

Fase cuantitativa

HA: Las estrategias de afrontamiento pasivo son las más utilizadas por los miembros de la familia al cohabitar con un integrante alcohólico.

HO: No existe una estrategia de afrontamiento utilizada por la familia al cohabitar con un integrante alcohólico.

Fase cualitativa

La familia que cohabita con una persona alcohólica desempeña principalmente el rol de cuidador.

II REVISION DE LITERATURA

Actualmente el consumo de alcohol en la sociedad es calificado como un factor importante de integración social en casi todas las culturas, iniciando su consumo a partir de la adolescencia, lo cual se considera una adicción común entre la familia y la población, considerándose un problema de salud pública en la comunidad, debido a esto se contempla trabajar directamente con alcoholismo, familia, roles y estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar con el alcohólico.

Para lo cual fue importante abordar diversas temáticas que se utilizaron en la presente investigación, tales como describir una adicción, que es el alcoholismo, tipos y clasificación de la familia, dinámica, estrategias de afrontamiento que utiliza la familia, los instrumentos de recolección que se emplearon para llevar a cabo la investigación.

2.1 Adicciones

Se considera adicción a la conducta incontrolada y alteración de la personalidad; enfermedad caracterizada por la incapacidad de exteriorizar los sentimientos o afectos, de etiología multicausal, con un desorden crónico, tipificado por el uso continuo y compulsivo de consumir drogas legales e ilegales, que tiende a generar dependencia en las personas^{11, 12}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera droga a cualquier sustancia (ya sea terapéutica o no) que, introducida en el organismo vivo, por cualquier vía de administración, es capaz de modificar una o varias de las funciones del sistema nervioso central del individuo, además, de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: excitar;

tranquilizar, calmar o eliminar el dolor y ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad. Es el uso de cualquier droga generalmente por autoadministración, que se desvía de los patrones médicos, legales y sociales aceptados¹³.

Las drogas o sustancias psicoactivas (SP) son producto de la degradación de la sociedad moderna, las SP han existido desde hace mucho tiempo atrás; hay registros históricos en los que se demuestra que en la antigua China ya era conocida la marihuana (aprox. 3000 años AC.) y se empleaba como medicina en el tratamiento del reumatismo, malaria, beriberi, insomnio, etc; en la India se creía en su origen divino, pues tenía la propiedad de prolongar la vida y aumentar la potencia sexual¹⁴.

El problema de las drogas es complejo, multifactorial, con implicaciones familiares, económicas, sociales, culturales y personales profundas. El efecto negativo sobre la salud y sobre la convivencia pueden ser importantes, la evolución del consumo en los últimos años y los efectos sobre la salud de las personas son especialmente preocupantes. A este respecto, cabe destacar un aumento en el consumo de drogas (alcohol, medicamentos psicotrópicos, cannabis y cocaína, etc.) e incremento de la accesibilidad a las drogas, estabilización de la edad de inicio de consumo, así como aumento del daño sobre la salud producido por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos, o consumo excesivo de alcohol¹⁵.

Las drogas se han clasificado en dos grandes grupos:

Drogas lícitas o legales: son aquellas permitidas por la ley, sobre las cuales no existe prohibición para su consumo o venta; tal es el caso de fármacos, alcohol, tabaco, café y plantas medicinales, que se pueden adquirir en diferentes negocios, este tipo de drogas son las que puede prescribir un médico, cotidianamente conocidas como tratamientos, además tienen la capacidad de modificar las funciones del organismo y tienen gran

poder adictivo. En la actualidad son utilizadas por un alto porcentaje de la población. Por su nivel de adicción, el alcohol es causante de un alto índice de accidentes y muertes debido a su ingesta y pérdida del control¹⁶.

Drogas ilícitas o ilegales; son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido y penalizado por la ley, totalmente dañinas para el organismo humano. Se caracterizan por cambios en el comportamiento y reacciones que comprenden un impulso irreprimible a tomar la droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar producido por la privación. Sin embargo su uso ha ido creciendo cada vez más. En la actualidad, se cuenta con una gran variedad de sustancias que modifican el estado de conciencia. En nuestro país el consumo de este tipo de drogas ha ido en aumento en los últimos años, comprometiendo cada día más a los jóvenes en edades cada vez más tempranas. Las más conocidas son: marihuana, cocaína, crack, LSD éxtasis o MDMA opio y heroína¹⁷.

2.1.2 El alcohol.

Para Quisiyupanqui el alcohol es una sustancia conocida desde tiempos ancestrales y cuyo nombre proviene de la palabra árabe al-kuhl la cual hace referencia a un polvo de antimonio (empleado en la producción de maquillaje), término también empleado por los alquimistas para hacer referencia a sustancias obtenidas mediante el proceso de destilación (de ahí el nombre de alcohol). El alcohol puede ser encontrado en diferentes presentaciones, las cuales han sido empleadas tanto como medicina, en ceremonias sagradas o como elemento de diversión.

El mismo autor menciona la existencia de registros que hablan del alcohol: los judíos lo empleaban como medicina y bebida, en el antiguo Egipto hacen mención a su existencia en forma de cerveza a base de cebada y solo los miembros de clases sociales altas podían beberla, los romanos eran grandes bebedores como conquistadores y tenían su dios del vino. En Europa se tomaba el hidromiel, bebida de miel y agua que con la fermentación tenía diferentes niveles de contenido alcohólico. En el antiguo México se consumía el mezcal, obtenido de la "piña o cabeza" de algunos magueyes, agave o penca. En estas culturas era conocido el problema del alcoholismo representado en su cerámica, telares, pinturas, registros escritos, narraciones¹⁵.

Las definiciones empleadas en la actualidad bajo el término alcoholismo, no se apartan de la que hizo Magnus Huss en 1849. Una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor¹⁸.

Para la OMS, el alcohol es considerado una droga, la cual posee etanol o alcohol etílico que es la sustancia adictiva en las bebidas alcohólicas que puede crear tanto dependencia física como psíquica que comprometen al hígado¹⁶.

El alcohol, a pesar de ser una droga legal, produce enormes daños a la salud, originando euforia y analgesia, sus características de fármaco-dependencia son: dependencia psíquica y física. Cuando hay una reducción

del consumo de alcohol se produce el síndrome de abstinencia que comprende: temblores, alucinaciones, convulsiones y "delirium tremens"^{16,17}.

La OMS²² define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. Afecta más a los varones adultos, pero ha aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes.

El alcoholismo es una enfermedad crónica progresiva y a menudo mortal; marcada por la dependencia en el consumo del alcohol, la cual interfiere con la salud mental o física y con las responsabilidades sociales, familiares o laborales. La adicción puede producir problemas emocionales y enfermedades hepáticas, circulatorias y neurológicas¹⁹.

El alcoholismo a nivel mundial es progresivo, con predominio del sexo masculino, aunque es cada vez mayor las cifras en el sexo femenino y en los jóvenes en general, observándose en más del 16% de las personas mayores de 65 años. El consumo de alcohol está considerado como el tercer factor de riesgo más importante y causa del 5,55% del total de mortalidad. Sus consecuencias están presentes en accidentes de carretera, accidentes laborales y malos tratos en la familia²⁰.

El uso de alcohol, se ha incrementado tanto en países desarrollados y no desarrollados, por lo que de acuerdo con estadísticas de la OMS, el alcoholismo es la cuarta causa de incapacidad física y mental en el mundo, además se estima que el 15% de los pacientes con depresión grave se suicida y 56% intenta acabar con su vida, lo que implica un incremento del 20% de la carga sanitaria relacionada con problemas de alcohol, depresión y esquizofrenia²¹.

En el mundo, el alcoholismo y el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas se relacionan con índices elevados de morbilidad y mortalidad. México no escapa a esta realidad; cada día son más los mexicanos que consumen bebidas alcohólicas a edades cada vez más tempranas, con los consecuentes perjuicios a la salud individual, familiar y social²².

El Consejo Nacional para las Adicciones; define el alcoholismo o dependencia del alcohol como una enfermedad que incluye los siguientes síntomas:

- Deseo insaciable: una gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
- Pérdida de control: la incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
- Dependencia física: síndrome de abstinencia con síntomas tales como náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
- Tolerancia: la necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol con el fin de sentirse eufórico²³.

El síndrome de dependencia del alcohol, según la OMS, es un proceso que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos que genera la incapacidad en la ingestión de alcohol una vez iniciada y la imposibilidad de abstenerse. El hecho de tomar alcohol no implica que esa persona sea alcohólica, ni siquiera por el hecho de embriagarse de vez en cuando implica lo dicho, pero hay diferentes categorías de bebedores que indican cuan cercano una persona está en convertirse en dependiente del alcohol clasificándose según Romina¹⁷ en:

Moderado: su ingestión es habitual, inferior a los tres cuartos litros por día.

Habitual: Su vida social se centra en el alcohol. No consume por gusto, sino porque su efecto le puede hacer sentir una persona con valor, seguridad o placer. Al comienzo el consumo es circunstancial y puede dejar de beber con más facilidad, pero con el tiempo la bebida se convierte en un hábito.

Excesivo: Bebe más de un litro de vino o su equivalente por día. Generalmente se embriaga más de una vez por mes, y a pesar de eso todavía puede controlar su consumo.

Alcohólico: Posee una dependencia del alcohol física y psíquica. La falta de bebida le provoca lo que se llama síndrome de abstinencia, que se manifiesta por temblores, espasmos y, en los peores casos, hasta puede sobrevenir la muerte. El alcohólico es aquella persona que siendo bebedor excesivo sufre de algún tipo de variación biológica como respuesta del sistema nervioso frente al alcohol y esto ocasiona que tenga la necesidad de beber y el hecho de no hacerlo le produce malestar. Existen diferentes tendencias a volverse adicto, uno es la herencia, es decir que una persona que tiene padres alcohólicos tiene más posibilidades de seguir los mismos pasos, comparado con una persona que no tenga padres alcohólicos, pero por una cuestión genética. Otra tendencia es el ambiente, que no solo sería el núcleo familiar sino, también el de amigos, las publicidades y la sociedad en si misma¹⁶.

Los efectos del consumo de alcohol en el organismo datan a finales del siglo XIX, en la investigación psicosocial y cultural sobre este problema se remonta a los años setenta del siglo pasado, con el surgimiento del Instituto Nacional de Psiquiatría y su División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, que es la que más estudios ha hecho en la materia²⁴.

2.2 Síndrome Alcohólico en México.

Para la Secretaría de Salud, en 2001²⁶ el consumo de bebidas alcohólicas era una práctica arraigada en la cultura mexicana y su origen se remonta al periodo prehispánico. El alcohol ha estado vinculado a la vida religiosa, económica, social y política de los pueblos que habitaron el país. El abuso y los problemas asociados son referidos en las primeras crónicas coloniales y las restricciones en relación al consumo fueron: la prohibición de la venta de bebidas embriagantes a los indios.

En 1979, la Asamblea de la OMS dejó formalmente establecido que “los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los problemas de salud pública más importantes en el mundo, para el caso de México, el consumo de bebidas alcohólicas continúa siendo parte de la vida cotidiana, además de ser un grave problema de salud pública, relacionado con cinco de las 10 principales causas de defunción: las enfermedades del corazón, los accidentes, la patología cerebrovascular, la cirrosis hepática, homicidios y lesiones en riña, por lo que los efectos de este abuso afecta en lo individual, familiar y social”.

Por tal motivo, en México se han creado consejos para tratar este tipo de adicciones que actualmente se han convertido en una problemática de nivel mundial, tal es el caso del Consejo Nacional Antialcohólico, que se fusionó con los Consejos contra la Farmacodependencia y el Tabaquismo, llamado ahora Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC); fue creado el 8 de julio de 1986, con el objetivo de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como promover y evaluar los Programas contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia²⁵.

La situación de la salud en México ha cambiado de manera importante durante las últimas décadas. La llamada transición demográfica significa que la esperanza de vida ha aumentado y la población crece más rápidamente entre los grupos de edad avanzada que entre los jóvenes. Dentro de este contexto general de salud pública se inserta el fenómeno de las adicciones, en particular el alcoholismo y el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. En México, el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol representan un problema de principal magnitud, tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en los individuos y las familias. Sustentado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos incluye la protección de la salud como un derecho de toda la población que en el marco jurídico queda promulgada la Ley General de Salud en 1984²⁵.

Al igual que en muchos países del mundo, en México el alcoholismo representa el 11.3% de la carga total de enfermedades. Así, 49 % de los suicidios y 38 % de los homicidios en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, además de que 38 % de los casos de lesiones ocurren como resultado del consumo excesivo de bebidas embriagantes, particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años de edad, etapa de la vida en la que los accidentes ocupan la primera causa de mortalidad; el 13% de la población presenta síndrome de dependencia al alcohol, esto es, 12.5 % de hombres y 0.6 de mujeres entre 18 y 65 años de edad²⁴.

En la ciudad de México, al menos 700 mil menores de edad tienen problemas por consumo excesivo de alcohol y esta enfermedad se localiza en el cuarto lugar de las diez principales causas generadoras de discapacidad. Por otra parte, el 70 % de los accidentes, 60 % de los traumatismos causados en los mismos, 80 % de los divorcios y 60 % de los suicidios están vinculados con el alcoholismo. Se calcula que aproximadamente dos millones 600 mil personas entre los 12 y los 45 años

de edad, no tienen acceso a tratamiento para el abuso o dependencia al alcohol y que el 64 % de los homicidios están relacionados con el alcoholismo. Existen en México 12 mil grupos de alcohólicos anónimos y cerca de 1,500 de los llamados "anexos" para desintoxicación bajo reclusión temporal²⁴.

Así, el problema del alcohol no afecta únicamente a quien tiene la adicción, sino que involucra a la familia, especialmente a las mujeres, quienes cuidan y se responsabilizan del alcohólico en el diario convivir.

El alcoholismo en México, es un problema mayor de Salud Pública. Según datos de OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS) el número de enfermos asciende a 1.800.000, pero si se considera que una familia tipo está conformada por cuatro personas, son muchos más seres humanos involucrados por el problema. La identificación del alcoholismo se ve facilitada por indicios de alteraciones conductuales, desadaptativas, individuales, familiares, laborales y sociales, así como datos epidemiológicos, que identifican enfermos en los diferentes grupos humanos, por ejemplo de la tercera edad, mujeres y adolescentes²⁶.

Se considera que el consumo y la dependencia de alcohol incrementan el riesgo para problemas sociales con el trabajo, familia, físico, legal y con violencia, se puede afirmar que merece atención y se configura como un problema de salud pública²⁷.

Para los pacientes alcohólicos, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas. El alcohol domina sus pensamientos, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad es influida por factores como la genética, la psicología y la cultura. El alcoholismo es un tipo de enfermedad en la que el paciente no cree estar enfermo. Es una enfermedad "de la familia" el hecho de beber

compulsivamente afecta al alcohólico y al mundo que lo rodea: amistades, empleo, hijos, padres, novia, matrimonio...todos sufren los efectos del alcoholismo. Los que quedan más afectados son los que están en contacto directo con el alcohólico²⁸.

2.3 Familia.

La familia surge como una necesidad de supervivencia entre los hombres; es la unión entre hombres y mujeres a través del matrimonio, constituyendo una pareja, dando lugar a la familia consanguínea, la cual favorece las relaciones entre hermanos, padres e hijas, etc. En esta etapa no existía una organización familiar como se concibe ahora más bien se trataba de un período de transición entre lo animal de la manada y lo humano de las primeras organizaciones sociales (gen, clan, tribu, etc.)²⁹.

Marrero menciona que en la época del salvajismo el matrimonio, da lugar a la familia *punalúa*, en su organización familiar, las relaciones sexuales estaban limitadas entre los miembros de la tribu. En la barbarie, en el matrimonio sindiásmico sí existe la pareja, permite que el hombre y la mujer tengan relaciones con otros individuos, aunque no sean de la misma tribu³⁰.

En la civilización actual, el matrimonio monogámico, se origina por la aparición de la propiedad privada, a través de los lazos consanguíneos se trasmite la herencia. Con el surgimiento de la familia, se establece la división del trabajo (el grupo que se dedica a la pesca, los agricultores, los ganaderos, etc.) apareciendo la división de las clases sociales²⁹.

La familia como institución básica de la sociedad, se fundamenta en relaciones de afecto entre sus miembros y cumple funciones sociales e

individuales, las cuales se determinan con la interpretación del genograma familiar. El grupo familiar opera como eslabón de intercambio entre el medio social y el individuo, ya que es una de las fuentes más intensas de aprendizaje social, pues actúa como regulador de las fuerzas provenientes del exterior y del propio medio interno individual. Dentro de sus funciones reproductiva, económica, afectiva y educativa, se transmiten la experiencia histórico social y valores culturales, enseñanza, normas, que complementan el proceso educativo y de enseñanza-aprendizaje. En el surgimiento de la familia, se puede encontrar una relación estrecha entre la familia, la sociedad y la cultura. La familia como unidad social tiene determinados propósitos²⁹.

- Satisfacción de las necesidades de todos sus miembros.
- Interacción entre los miembros, con la finalidad de que exista un ambiente de relaciones amorosas, atención, afecto y lealtad.
- Supervivencia física y desarrollo personal de todos los miembros.

A la vez el grupo familiar cumple funciones relacionadas con el desarrollo individual de cada uno de los miembros del sistema familiar, los cuales se describen a continuación.

- Satisface necesidades afectivas y el desarrollo de la identidad personal.
- Permite el crecimiento y la autonomía de sus miembros.
- Promueve la socialización, estimula el aprendizaje y la creatividad de sus miembros.
- Perpetuar la especie humana y los límites entre las generaciones.
- Transmite la cultura a los hijos y otras generaciones.
- Las funciones familiares son en base a la salud del individuo y grupo, garantiza el crecimiento, desarrollo normal y el equilibrio emocional, que sirve de apoyo para poder afrontar los problemas y

crisis de la vida.

La familia es el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se nace, se crece, se vive y se muere como persona. Es la institución natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes. Es en donde se reciben los primeros contactos biológicos, psicológicos y afectivos, se protege la vida y da seguridad a sus miembros, es donde se comienza la vida social, se va construyendo su historia, se adquiere identidad, confianza y se aprenden las tradiciones. Centro de intimidad y apertura, encuentro con quienes nos rodean para tener las herramientas necesarias para la convivencia social. El propósito básico de la familia es de servir de mando al tomar las expectativas y obligaciones sociales, moldeándolas y modificándolas hasta el punto que satisfagan las necesidades e intereses de los miembros individuales de la misma. Sirve como intermediaria entre la sociedad y el individuo³⁰.

Las familias constituyen ámbitos de relaciones de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas de géneros y generaciones distintas; integrando una institución de gran importancia en todas las sociedades³¹.

2.3.1 Clasificación de las Familias

En la sociedad mexicana existen varias formas de organización familiar, todos con diferente estructura y composición con base en las relaciones de parentesco de sus integrantes. En el Cuadro 2.1 se presenta la clasificación de las familias mexicanas según INEGI en 2005³².

Cuadro 2.1 Clasificación de las familias mexicanas.

Tipo de Familia	Características.
Extensa	Es el conjunto de hogares formados por los padres, hijos, abuelos, tíos, etc
Nuclear o completa	Conformada únicamente por padres e hijos, y viene a ser el grupo familiar característico del siglo XX
Semi-nuclear o monoparental	Existe solo uno de los padres o jefe, que en la mayoría de los casos es la madre y los hijos
Semi-extendida	Familia nuclear con estancia temporal con otra familia nuclear en la misma casa.
Compuesta	Personas que no son parientes, pero habitan en el mismo hogar, compadres, amigos
Ampliada o consanguínea	Jefes con o sin cónyuges con o sin hijos y con otros parientes.
Padres separados	Divorcio de los padres, donde los hijos se quedan con alguno de ellos.

Fuente: INEGI, 2005

Como todo grupo social, la familia también cuenta con funciones básicas que debe cumplir, dentro de las cuales se encuentran: la económica, biológica, educativa, cultural y espiritual, y son precisamente éstas funciones los indicadores para valorar el grupo familiar, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo³³.

2.3.2 Modelos de familia.

Así como existen funciones básicas, organizaciones y estructuras en la familia, es importante considerar que hay tipos o modelos de familias, que dan cuenta de la dinámica familiar, por lo cual se retoma la propuesta de González³⁴, quien refiere cinco modelos de familia para indicar el tipo de relación que se establece entre los miembros de la misma; estas se resumen a seguir:

1. Modelo híper protector: los padres le resuelven la vida a los hijos evitándoles convertirse en adultos responsables, para superar esta situación

disfuncional es necesario dar responsabilidades y enfatizar la cooperación, así como reconocer los logros.

2. Modelo democrático–permisivo: los hijos no consiguen tener madurez, se vuelven demandantes y agresivos. La salida a esta situación es imponer reglas y seguirlas, ser congruente entre lo que se dice y se hace, que todos respeten el orden y si hay modificaciones que hacer, será de acuerdo a los logros.

3. Modelo sacrificante: hay un miembro altruista y el otro egoísta y sacrificado. Ser altruista es ser explotado y se cree merecedor del reconocimiento, entonces se exagera en el sacrificio, la solución es insistir en los tratos arriba de la mesa y en que cada quien consiga con trabajo lo que necesite, que las relaciones sean recíprocas e independientes.

4. Modelo intermitente: se actúa con hiperprotección y luego democráticamente, permisividad y luego con sacrificio por inseguridad en las acciones y posiciones. Revalorizar y descalificar la posibilidad de cambiar, se percibe y se construye como un caos. La respuesta es ser firme, poner límites claros y reglas.

5. Modelo delegante: no hay un sistema autónomo de vida, se cohabita con padres o familia de origen de los cónyuges o se intercambia frecuentemente comida o ayuda en tareas domésticas, crianza de hijos... Hay problemas económicos, de salud, trabajo, padres ausentes, no se les da la emancipación y consiguiente responsabilidad, chocan estilos de comunicación y crianza, valores, educación, los hijos se adaptan a elegir lo más cómodo que les ofrezcan los padres, abuelos, tíos. Las reglas las imponen los dueños de la casa, los mayores, aunque resulten injustas, anacrónicas o insatisfactorias, la solución radica en que cada quien se

responsabilice de sus acciones y viva lejos y respetuosamente sin depender de favores.

6. Modelo autoritario: los padres o uno de ellos, ejercen todo el poder sobre los hijos, que aceptan los dictámenes, se controlan los deseos, hasta los pensamientos, son intrusos en las necesidades, se condena el derroche, se exalta la parsimonia y la sencillez, altas expectativas del padre, la madre se alía con los hijos: esposa – hija, hermana de sufrimiento, se confabula, pero se someten finalmente, se exige gran esfuerzo, pero no bastan los resultados. Los hijos temen y no se desarrollan, mienten para ser aceptados y corren peligro al buscar salidas a su situación.

2.3.3 Familia funcional

Ante esta situación, el tipo de modelo a partir del cual se establecen las relaciones interpersonales y de poder, pueden definir si la familia es funcional, es decir, si ha alcanzado un nivel de madurez, por lo que para Satir, la Familia Funcional (la cual ella llama "nutridota"), se caracteriza por escucharse unos a los otros, hablando claro, aceptar las diferencias, desacuerdos y errores de cada quien, con juicio crítico se acepta la individualidad fructifica, hay armonía en las relaciones, se demuestran y manifiestan mucho contacto físico entre unos y otros, hacen planes juntos y todos disfrutan el compartir juntos, son honestos y sinceros entre ellos³⁵.

Para esta misma autora una familia funcional se define por las tareas o roles de cada uno de sus miembros, los cuales están claros y son aceptados por éstos. Es importante que en una familia funcional no haya sobrecarga de rol, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar³⁵.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad³⁴.

Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades crónicas y psiquiátricas en sus integrantes. Se asocia fundamentalmente con el alcoholismo y otras adicciones, la conducta antisocial, el suicidio y predice la ocurrencia de desordenes mentales³⁵.

Ante las situaciones antes mencionadas, el sistema familiar funcional es capaz de adaptarse a los cambios, es un continuo de equilibrio-cambio, por lo que tiene la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros³⁶.

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, con base a jerarquías, límites y roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación³⁴.

2.3.4 Familia disfuncional.

La familia disfuncional se define como un patrón de conductas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y

que al relacionarse con sus miembros genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas³⁷.

La familia se torna disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo. Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros^{37, 36}.

Para Cárdenas, Cutipa Z. Y Orlando^{37,38}, el alcohol y disfunción familiar son fenómenos relacionados, quienes refieren una relación entre el mayor abuso de alcohol con presencia de disfunción familiar en el nivel socio-económica baja y alta. El alcoholismo, según estos autores suele tener impacto desfavorable en la dinámica familiar, ya que atrae problemas convirtiéndose en sí mismo en un factor que debilita a la familia.

2.4 Dinámica Familiar y Alcoholismo.

En México, como en muchos otros lugares de Latinoamérica, la formación natural del núcleo familiar es un padre, una madre y los hijos, sin embargo en la cultura mexicana y sobre todo en las ciudades pequeñas y poblados de la provincia, hay más personajes que entran en la convivencia de una familia, en los casos más discretos, sólo entran los abuelos paternos y/o maternos, pero en los casos donde la familia es más grande, la convivencia se da entre tíos, primos, hermanos, sobrinos y toda la descendencia que por razones territoriales se encuentra en la misma dimensión. Incluso es muy normal que las familias de ambos, marido y

esposa, se lleven muy bien y se consideren una gran familia, como en la teoría debería ser en todos los casos³⁹.

Las investigaciones realizadas sobre la dinámica de familia alcohólica son recientes, aproximadamente entre los años setenta y principios de los ochenta, y estas coinciden en que los hijos sufren innumerables consecuencias por convivir con un padre o una madre alcohólica; existen problemas emocionales, por lo que tienden a ser más defensivos, desconfiados, agresivos, con baja autoestima, desafiantes, peleoneros, con tendencia a aislarse socialmente, desafiantes ante la autoridad; tienen problemas escolares, enfermedades serias, accidentes, hiperactividad; asimismo sufren el síndrome del feto alcohólico, abuso físico y verbal, dificultad para regular sus estados de ánimo, insuficiencia mental, neurosis, ansiedad y depresión, lo que les impide desarrollarse como adultos sociables⁴⁰.

Según Black⁴¹, el alcohólico no existe en el vacío de la enfermedad, no es un padecimiento solitario ya que su alcance tiene impacto principalmente (pero no exclusivamente) en la familia. En la medida que los problemas rodean al alcoholismo van produciendo más y más incoherencia en el hogar, es típico que la conducta de los miembros no alcohólicos de la familia constituya un intento por volver a estabilizar el sistema familiar. Los miembros de este sistema familiar actúan y reaccionan de maneras que hacen que la vida sea más fácil y menos dolorosa para ellos.

Por lo anterior, la familia con frecuencia practica su propia forma de negación ante el alcoholismo, lo cual incluye la reasignación de los roles familiares, determinados por la enfermedad, poniendo así a la familia en desequilibrio⁴².

Aizpún⁴³ establece una clasificación, de los roles y la actitud que se asume para enfrentar el problema en una familia disfuncional alcohólica:

1). El rescatador: este miembro se encarga de salvar al adicto de los problemas que resultan de su adicción, son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar ausencias, etc. Ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueve el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.

2). El cuidador: ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Ellos actúan así convencidos de que al menos "las cosas están andando". Lo que no pueden ver es que esto, los carga con tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez, promueve la falta de conciencia en el adicto, del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.

3). El rebelde u oveja negra: es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él su ira y frustración.

4). El héroe: está empeñado en desviar la atención de la familia hacia él, a través de logros positivos. De esta manera hace que la familia se sienta orgullosa y ayuda a la familia a distraer la atención que tiene sobre el adicto.

5). El recriminador: se encarga de culpar al adicto de todos los problemas de la familia. Esto sólo funciona para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir consumiendo.

6). El desentendido: usualmente es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar. En realidad es una máscara que cubre una gran tristeza y decepción que es incapaz de expresar.

7). El disciplinado: este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y arremete al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos padres albergan por las adicciones de sus hijos.

Los psicoterapeutas familiares describen a la familia alcohólica como una familia psicósomática, en la cual la familia parece funcionar óptimamente cuando algunos de sus miembros se encuentra enfermo. Entre las características de esta familia se descubren: sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema. Así, el sistema familiar del adicto establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe de generación en generación⁴⁴.

2.4.1 Estrategias de Afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo, “locus” de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima, sentido del optimismo⁴⁵.

El afrontamiento es considerado como un factor estabilizador, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés, son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida. Zeidner y Hammer⁴⁶ definen el afrontamiento “como características o conductas en curso que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva,

experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición". Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes.

Endler y Parker⁴⁷ plantearon que existen preferencias en el uso de determinadas estrategias, independientemente del estresor y a través del análisis factorial de las estrategias de afrontamiento, medidas por su "Inventario Multidimensional de Afrontamiento". Identificaron tres dimensiones básicas: el "afrontamiento orientado a la tarea", el "afrontamiento orientado a la emoción" y el "afrontamiento orientado a la evitación".

El afrontamiento es definido por Girdano y Everly⁴⁸ como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos adversos del estrés, estos esfuerzos pueden ser "psicológicos o conductuales".

Lazarus y Folkman^{49, 65} definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento Moos⁸⁰, Carver, Scheier y Weintraub⁸², Galán Rodríguez⁸³ concuerdan en determinar 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento.

- La valoración *–afrontamiento cognitivo–*: intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable. Busca un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente.

- El problema *–afrontamiento conductual–*: conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias, (pensamiento orientado a la acción). Afronta la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice los resultados efectivos de solucionar los problemas, son optimistas, aceptan los retos y se arriesgan, ya que piensan que las cosas saldrán bien.

- La emoción *–afrontamiento afectivo o emocional–*: regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo. Se centra en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante, no se toman las cosas personalmente, no son demasiado sensibles al rechazo y al fracaso y no se preocupan por cosas que no pueden controlar.

Cuadro 2.2 Clasificación de las estrategias de afrontamiento según Carver, Scheier y Weintraub⁸².

Afrontamiento	Activo	Pasivo / Evitativo
Conductual	Activo Planeamiento	Renuncia Autodistracción
Cognitivo	Reformulación positiva Humor Aceptación	Negación Religión Uso de sustancias Autoculpa
Emocional	Apoyo emocional Apoyo instrumental	Descarga emocional

Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento. Por ejemplo, una clasificación muy simple de tipos de afrontamiento sería:

Afrontamiento activo: Es la estrategia de resolución de problemas que implica acción, desde planear, reflexionar sobre lo sucedido y las consecuencias del evento, pedir un consejo, platicarle a alguien más el problema como una forma de aclararse las ideas, implementar nuevas formas de abordarlo hasta preocuparse y rezar.

Afrontamiento pasivo: Es la estrategia para responder a los problemas de la vida cotidiana de manera inactiva y dejándolos a la deriva,

en espera de que sea el tiempo quien los resuelva o imaginando que nada está pasando.

Para efectos del estudio, se retomará la propuesta de Lazarus y Folkman para evaluar el tipo de afrontamiento que utilizan las familias con problemas de alcoholismo entre sus miembros, por lo que se utiliza para efecto del estudio un instrumento que evalúa las estrategias de afrontamiento COPE, para la parte cuantitativa de la investigación.

2.4.2 COPE

El COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced*) es un instrumento multidimensional, validado en su versión Española 19, que evalúa distintas estrategias de afrontamiento y que pueden ser organizadas en distintas categorías desde un punto de vista conceptual y factorial⁵⁰. Cuestionario autoadministrado que evalúa distintas estrategias para enfrentarse con los problemas⁵¹. Desarrollado para evaluar los afrontamientos que pueden ser activos o pasivos.

Las escalas miden aspectos que pueden ser considerados como afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, volver a la religión); y tres escalas miden respuestas de afrontamiento que posiblemente son menos utilizadas (deshago emocional, desconexión emocional, desconexión mental) (posteriormente se añadieron uso de drogas y alcohol y humor)⁵².

El Brief COPE consta de las siguientes subescalas: (se añade una breve descripción).

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos, eliminar o reducir al estresor.
2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
14. Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

Para la parte cualitativa se realizó un instrumento semi-estructurado que sirvió de guía, para realizar la estructura del genograma, de cada una de las familias que participaron en el estudio.

2.4.3 Genograma.

El Genograma es un formato para dibujar un árbol genealógico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones, sobre por lo menos tres generaciones. Muestra la estructura de la familia, las relaciones entre los miembros, se utiliza para recabar, registrar y exponer información familiar en la práctica de la atención orientada a la familia⁵³.

Un instrumento elaborado en la psicología por McGoldrick y Gerson⁵⁴ proponen un modelo que consta de tres niveles, el primero incluye símbolos de los integrantes de la familia y el parentesco entre ellos, el segundo datos socio demográficos y antecedentes básicos y el tercero; tipos de relaciones interpersonales en términos de afectividad y alianza. Esta representación gráfica, brinda información del sistema familiar en un momento determinado de su evolución y se utiliza para la resolución de problemas clínicos.

Este instrumento es retomado por enfermería para valorar la dinámica familiar, lo utilizan generalmente en comunidad y hospital, ya que, provee de información para elaborar un diagnóstico de la comunidad, familia o paciente con el cual se está realizando el estudio.

El Genograma muestra la arquitectura o anatomía familiar; miembros, edades, enfermedades o factores de riesgo, situación laboral, los vivos y fallecidos, las relaciones entre los miembros de una familia, género (mujer, hombre), además indica la persona clave de quién se construye el

genograma, separaciones, divorcios y matrimonio, embarazos, aborto, si la pareja tiene otros hijos, tipo de relaciones que existe entre las personas del genograma que pueden ser; muy estrecha, estrecha pero conflictiva, conflictiva, cercana, distante, se determina los miembros de una familia que viven en el mismo lugar, entre otros datos que su pueden obtener con el uso del genograma⁵¹, como se muestra en la Figura 2.1.

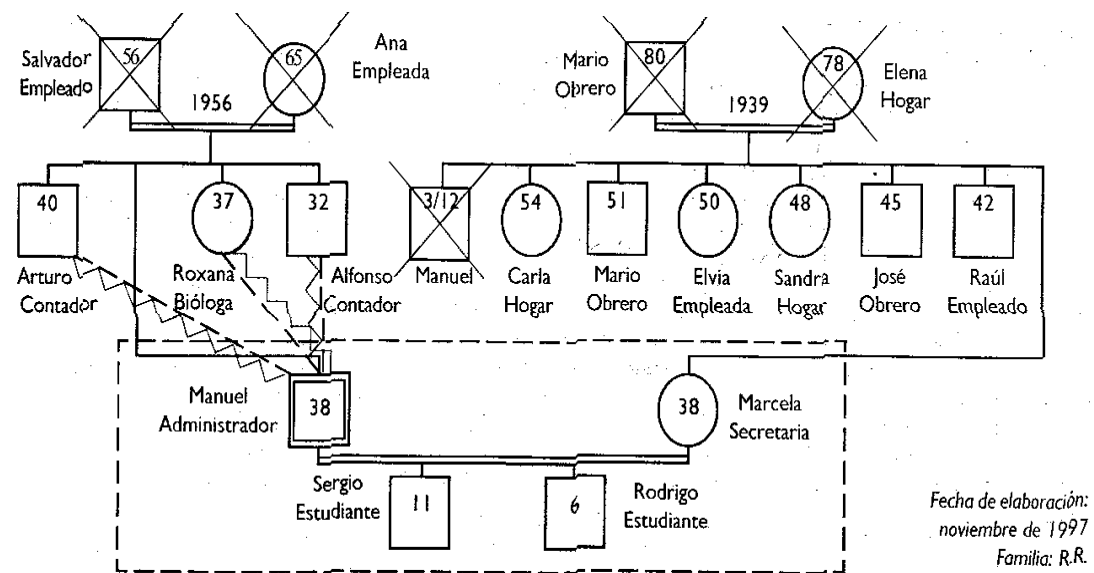


Figura 2.1 Estructura básica del Genograma según la propuesta de McGoldrick y Gerson 1985

El Mapa Familiar o Genograma es un instrumento que nos proporcionar una visión de la estructura familiar y sus interacciones, ya que se realiza una representación gráfica, incorporando información por categorías de la familia, en el estudio de investigación como⁵²:

- Sistema de registro de la familia.
- Facilitador de la relación entre los integrantes y la familia.
- Detector de estrategias y dinámicas familiares.
- Detector de problemas psicosociales y estudio de familias disfuncionales.

- Estudio del desarrollo familiar con los integrantes alcohólicos.
- La investigación en atención familiar.
- Abordaje familiar en drogodependencia.

2.5 Estudios relacionados

“Entre los especialistas en adicciones, existe un dicho que dice que en la familia alcohólica existe un elefante en la sala. Ese elefante es la adicción, y nadie habla de ella ni acepta que existe pero todos funcionan a partir de esta”. La familia con un miembro alcohólico, también enferma de manera progresiva, existe un gran inversión en tiempo y energía en la actuación de roles disfuncionales, como mecanismo de defensa para disminuir la ansiedad y el temor por el cual están pasando⁵⁵.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones a las que debe enfrentarse, esto provoca un enquistamiento de los conflictos y por tanto aparecen síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros⁵⁶, por tanto, las características familiares tienen una clara influencia sobre el consumo de alcohol y a su vez el consumo de alcohol influye en la evolución de los miembros de la familia, lo que confirma la necesidad de adoptar esquemas circulares que contemplen la relación dialéctica existente entre ambos factores: Alcohol y Familia.

En las familias mexicanas es común que una parte de sus integrantes ingiera bebidas alcohólicas con regularidad y cualquier evento social se festeja de esta forma. El consumo de alcohol es más frecuente y a la vez una manifestación de la vida social familiar, que desafortunadamente forma parte importante de la cultura mexicana⁵⁷ de tal suerte que para Cárdenas³⁷ Cutipa y Orlando³⁸ el abuso de alcohol y disfunción familiar en México son fenómenos relacionados, con condición socioeconómica baja y alta. El alcoholismo, según estos autores suele tener impacto muy desfavorable en

la dinámica familiar, ya que atrae problemas convirtiéndose en sí mismo en un factor principal para que la familia se debilite.

En el estudio realizado en México por Castelló Herrera⁵⁸, se identificaron como principales causas de disfunción familiar el rechazo al familiar alcohólico y relaciones familiares inadecuadas con consecuencias tales como divorcio, rechazo familiar, violencia doméstica, desatención y abandono familiar.

La atención a la familia del alcohólico constituye un paso de vital importancia en la rehabilitación de éste. En los alcohólicos, con mucha frecuencia se encuentra que la familia constituye en barrera que dificulta el mantenimiento y fortalecimiento de la sobriedad, al impedir la adecuada reinserción del alcohólico en vías de rehabilitación a su seno, por lo que Olazábal⁵⁹, menciona que el principal problema de la familia del alcohólico para afrontar la rehabilitación, es el bajo nivel de conocimientos acerca de la enfermedad alcohólica y cómo afrontar ésta. La familia del alcohólico expresa necesidades de aprendizaje, pues percibe su carencia de conocimientos para afrontar el problema adecuadamente. La aplicación de programas de intervención educativa constituye una necesidad para el trabajo con la familia del alcohólico.

III. METODOLOGÍA

Diseño cuali-cuantitativo

3.1. Metodología cuantitativa:

3.1.1 Enfoque del estudio: transversal y correlacional, pues se pretende describir e interpretar el fenómeno en estudio, para obtener un conocimiento interpretativo.

3.1.2 Universo: Familias con al menos un integrante con problemas en su forma de beber, de una comunidad del Municipio del Jilotepec. Estado de México.

3.1.3 Material y métodos: Se utilizó COPE 28, para la parte cuantitativa, Instrumento multidimensional para identificar estrategias de afrontamiento, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés de Carver⁵⁰.

3.1.4 Muestreo: sistemático, considerado para seleccionar a los participantes mayores de 18 años de las familias que se ubiquen en el perímetro de trabajo, se tomó como punto de referencia el boulevard que atraviesa la comunidad en dirección norte - sur, comenzando por las calles de la derecha y seleccionando sistemáticamente cada tres casas hasta que terminara la calle, regresando al punto de partida para continuar con las casas del lado izquierdo. Considerando un 95% de confianza, 5% de error, con un número de muestra de 100 participantes. Se realizó la aplicación del COPE si se identificaba la presencia de un familiar alcohólico.

3.1.5 Criterios de Inclusión: Se tomaron en cuenta para el estudio integrantes de familias de la comunidad que cohabitaban con al menos una

persona con problemas con su forma de beber, mayores de edad y que aceptaron participar en la investigación.

3.1.6 Criterios de exclusión: No fueron considerados para este estudio menores de edad, familiares que no aceptaron colaborar con el estudio, las personas alcohólicas.

3.1.7 Criterios de eliminación: Familias que cambiaron de domicilio, que se retiraron del estudio o por defunción de la persona alcohólica.

3.1.8 Proceso de análisis de datos: Se elaboró una base de datos en el paquete estadístico, SPSS versión 17. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva (frecuencia y porcentajes) y de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estandar). Para la prueba de hipótesis se utilizó la correlación de Pearson. Los resultados se presentan en cuadros y gráficos para su interpretación.

3.2. Metodología cualitativa

3.2.1 Enfoque del estudio: cualitativo con un enfoque etnográfico, con una observación participativa de primera intención, se pretende realizar análisis de discurso, con la finalidad de describir e interpretar el significado del fenómeno en estudio, entre la población participante.

3.2.2 Universo: Familias con al menos un integrante con problemas en su forma de beber, de una comunidad del Municipio del Jilotepec. Estado de México. Muestreo; No probabilístico por conveniencia para la fase cualitativa (cinco familias que aceptaron participar en el estudio, con un integrante alcohólico, realizando una entrevista para la realización del familiograma y genograma)

3.2.3 Material y métodos: se utilizó una guía semiestructurada que sirvió de base para la elaboración del familiograma y genograma. (Apéndice 1).

3. 2.4 Acercamiento de campo: Se acudió a la delegación de la comunidad ubicada en la sexta manzana, primera sección, calle Calzada de Guadalupe s/n, para contactar y solicitar el apoyo al C. Delegado de la Comunidad de Villa de Canalejas, Jilotepec, Estado de México, dando a conocer la investigación que se va a realizar en la comunidad, informando que se cuenta con el apoyo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Contando con su aprobación se decide iniciar el trabajo realizando un primer acercamiento de campo a partir de recorrer las calles de la comunidad mediante un mapeo, determinado por las entrevistadoras, con la elección de un número al azar, de las calles con las cuales se va a trabajar. Un vez determinadas las casas de la calle seleccionada, se realizó una visita a en busca de integrantes que consuman alcohol y a la vez se solicitó una cita e notifico del consentimiento informado, documento útil para el trabajo de campo y estudio de familia. Al realizar los recorridos para identificar aspectos relacionados con el alcoholismo, nos percatándonos que a pesar de la referencia de los habitantes, que en determinado domicilio existe al menos un integrante con problemas en su forma de beber, al acudir al domicilio mencionado negaron la existencia de esta problemática en su familia, pues se justificaron diciendo que en su familia si toman de vez en cuando, pero que no son alcohólicos y no lo consideran como tal.

En el mes de Julio 2010, se trabaja con la capacitación de seis personas para la estructuración de las entrevistas y realización del genograma y familiograma, se da a conocer el consentimiento informado, se

determinan las calles donde se va a seleccionar de forma conveniente a la familia que tenga un miembro con problemas en su forma de beber. El día jueves 8 de Julio se visita la comunidad en estudio con previa autorización de las autoridades para concertar una cita con la familia en estudio y dar a conocer el objetivo del estudio e invitarlas a participar en el mismo.

Al realizar el recorrido para visitar a las familias que tienen un integrante que consume alcohol, en las calles de la comunidad se observa la presencia de perros callejeros. Algunos predios se encuentran baldíos, en algunas casas los patios se utilizan para la cría de gallinas. En ese momento, la calle principal se encuentra en remodelación por parte del municipio levantando el pavimento. Cabe mencionar que esta comunidad se encuentra rodeada de bosques y campos de cultivo.

Los problemas que se tuvieron principalmente fueron la no aceptación de las familias de que tienen un integrante alcohólico; otro problema identificado fue que las calles cuentan con nombre pero las casas no tienen número, por lo que se decidió tomar como referencia el inicio de algunas calles a partir del mapa de la comunidad proporcionado por la delegación y presidencia municipal, para seleccionar los domicilios a entrevistar.

3.2.5 Elección de las participantes

En la recolección de los datos cualitativos se seleccionaron a cinco de las mujeres jefes de familia que aceptaron participar en la realización del familiograma y genograma, ellas a la vez compartieron su dinámica familiar y sus formas de afrontamiento así el integrante con problemas en su forma de beber, el objetivo de esta entrevista se centró en registrar información que la jefe de familia proporcionó en términos de la acción e interacción, las variaciones o permanencias respecto al tema, así como el impacto y las

consecuencias de cierta conducta, para el desarrollo de categorías conceptuales, lo que permitió su desarrollo⁶⁰.

Con el apoyo de enfermeras de la Universidad Autónoma de Querétaro y una estudiante de trabajo social, becada por la Universidad de Guadalajara, se solicitaron las citas para las entrevistas, recorriendo las calles de la comunidad, lo cual nos permitió observar que sí existen problemas de alcoholismo, al tener contacto con la jefe de familia y preguntarle sobre el alcoholismo ellas niegan tener este tipo de problema, pero a pesar de eso ellas mismas nos facilitan información haciendo referencia de las familias que si tienen este problema, dando la ubicación y en ocasiones hasta el nombre de la persona que si tiene problemas en su forma de consumir bebidas alcohol. Por lo que se visitaron los domicilios referenciados, presentándose como investigadoras de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Querétaro, explicando el objetivo de la investigación y entregándoles el formato de consentimiento informado (Apéndice 2).

Se solicitó a las participantes, que al momento de la entrevista y la realización del familiograma y genograma no estuviera presente ningún otro miembro de la familia, se les comentó que la entrevista podía realizarse en una o más sesiones si así lo consideraban necesario, además de su aprobación para poder grabar dicha entrevista para ahorrar tiempo y no perder ningún dato, haciendo referencia que no era necesario mencionar nombres, con la finalidad de poder transcribir la entrevista posteriormente, el instrumento es semi-estructurado para la realización del genograma y familiograma, cuyo objetivo es identificar la estructura de la familia, como cohabitan y las relaciones con la pareja dependiente al alcohol y los demás integrantes de la familia. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de las participantes y en una sección.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, dos licenciadas en enfermería y un alumno participante en el verano de la Investigación, trabajando a partir de las preguntas guías y permitiendo a las entrevistadoras desarrollar su discurso. Se contó con un cuaderno de campo para retomar aspectos claves de la entrevista, además de otros elementos situacionales o ambientales que se consideraron relevantes. El periodo recolección de datos comprendió el segundo semestre 2010 donde se hizo el primer acercamiento y se concluyó la recolección de datos en el mismo año.

Inicialmente se visitaron de tres a cinco hogares por las calles seleccionadas para el estudio, de las cuales aceptaron participar ocho mujeres unidas a parejas o con hijos con problemas con su forma de beber.

Durante el proceso de colecta de datos, cuatro de las personas que habían aceptado participar del estudio, se encontraron disponibles en la fecha y hora que se había convenido realizar la entrevista, tres de ellas no se encontraron en el domicilio y en la hora acordadas, reprogramando la cita, de ahí que se visitó el domicilio de estas personas sólo en dos ocasiones más, eliminándolas del estudio, al no estar disponibles nuevamente. Ante esta situación, se realizó nuevamente el recorrido de las calles en busca de una nueva participante, en este segundo momento se visitaron a 5 casas más, aceptando 3 en participar en el estudio pero realizándose solamente una entrevista, de ahí que el estudio finalmente estuvo conformado por cinco familiares que cohabitan con un miembro que tiene problemas en su forma de beber.

3.2.6 Elaboración del Genograma

Se empleó esta herramienta para recabar información de la familia y el integrante alcohólico, desde un enfoque cualitativo, lo que permitió a la

investigadora establecer la dinámica familiar y diagnóstico de enfermería de ésta.

El procedimiento para realizar el genograma de cada una de las familias fue el siguiente:

Se agendó la fecha para acudir nuevamente al domicilio y realizar la entrevista con el familiar que aceptó participar en el estudio.

Al momento de la entrevista se volvió a leer el consentimiento informado y solicitar su autorización para grabar la entrevista.

El genograma se fue elaborando al momento de la entrevista solicitando a la entrevistada su ayuda en este proceso para dar forma y orden el genograma, con la información que proporcionó la persona entrevistada. Este genograma, se realizó con tres generaciones de la familia, se estructuró con la ayuda de las entrevistas grabadas y la transcripción de la misma, como parte del proceso de interpretación de los datos.

3.2.7 Proceso de análisis de datos

Para la organización y análisis de los datos, se efectuó la transcripción en Word de cada entrevista dándoles un número consecutivo para identificarlas, escuchando las grabaciones el número de veces necesario, para contar con un registro preciso y lo más detallado posible de las verbalizaciones, silencios, risas, palabras entrecortadas por las emociones que son movidas, lapsos, etc, los cuales pueden revelar significados diferentes, así también se consideraron sonidos ambientales y exteriores tales como el ladrido del perro, vehículos automotores, voces de niños y demás interruptores. En la transcripción se registró literalmente las expresiones de la entrevistada.

Para transcribir entrevistas se emplearon algunas reglas generales, para dar uniformidad a los textos y facilitar su lectura, los cuales se refieren a continuación:

- Todas las entrevistas fueron capturadas con letra arial tamaño 12, a un espacio sencillo, guardadas con el número de la entrevista que corresponde, por ejemplo: entrevista 1.
- Se colocó al inicio del número de entrevista, quién la realizó, comunidad donde se realizó la entrevista y la fecha, se da inicio a la transcripción marcando la intervención de los entrevistadores
- I: Investigador, E: Entrevistado, I1: 2º Investigador
- Cuando uno de los entrevistadores estaba hablando y el otro dijo algo simultáneamente. Se utilizaron corchetes cuadrados [], para delimitar lo que dice el que se sobrepone. Los silencios durante la entrevista se representaron mediante puntos suspensivos, cada punto significaba un segundo.
- Cuando se trató de una pregunta, se utilizaron los signos de interrogación, además se colocó entre paréntesis cuando había una interrupción de otra persona ajena a la entrevista, cuando interfieren los niños en la entrevista se subrayó lo que dicen.
- Cuando las palabras eran alargadas, se identificó la sílaba y se repitió varias veces para dar cuenta de esta situación, por ejemplo “nooo solo a veces”. Cuando la entrevistada realizó sonidos y sentimientos se reportó entre paréntesis, por ejemplo (ríe), (llora).
- En la transcripción se respetó completamente la forma de hablar de la entrevistada, de ahí que se escribieron las palabras tal como fueron expresadas, y se colocó un apóstrofe cuando utilizaron contracciones, por ejemplo; aja, mmju, etc.
- Los ruidos que se suscitaron durante la entrevista, que pudieron interrumpir la entrevista o dificultar su percepción en la transcripción, se colocaron entre paréntesis.

Cabe mencionar que las entrevistas fueron transcritas por la investigadora y el alumno del verano de la investigación, siguiendo estas reglas, lo que facilitó el primer acercamiento con la información

Para el tratamiento del material se tomó el método propuesto por Muñoz ⁶¹, quien divide el análisis en *nivel textual* (análisis de contenido) donde se realiza la codificación de los párrafos seleccionados y nivel *conceptuales* donde se crean familias de códigos, se establecen relaciones entre los diferentes componentes y se elaboran gráficos que representen dichas relaciones, es decir, se interpretan los resultados a partir de esta información.

Una vez realizada la transcripción, se dio una primera lectura a cada una de las entrevistas con la finalidad de conocer su contenido, realizándose lecturas subsecuentes hasta aclarar el contexto de los entrevistados.

El paso siguiente, fue identificar aquellos fragmentos del texto que tuvieron algún significado, la longitud de éstos fue variable, pudiendo estar compuesto por frases o párrafos íntegros. Estos fragmentos fueron identificados mediante códigos con el apoyo del programa Atlas Ti, a los cuales se les asignó un nombre a partir de palabras o frases claves expresadas de forma consistente por las participantes en el estudio.

En el entendido de esta comprensión de significados, se establecieron familias agrupando códigos vinculados, considerando similitudes y diferencias expresadas en relación con el uso y abuso de alcohol en su contexto próximo, es decir, en la familia.

Al lado de cada código se realizaron anotaciones buscando sintetizar su contenido, así también se colocaron comentarios y reflexiones de la investigadora y orientadora de tesis, con lo que se llevaron a cabo algunas

interpretaciones sobre los estrategias de afrontamiento de los familiares antes la presencia de un integrante alcohólico.

La sistematización de los datos permitió entrar en contacto con la realidad estudiada, establecer regularidades y diferencias en las respuestas de los sujetos, y buscar entender ¿por qué? las mujeres entrevistadas creen que determinada situación social, valoriza determinadas normas y atribuye determinadas acciones o responsabilidades a ciertos actores sociales, es decir, entender el por qué de las estrategias que emplean para poder cohabitar con un integrante de la familia con alcoholismo.

3.3 Ética de estudio

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁶², relacionado con el Desarrollo de la Investigación título segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en el cual se establecen los preceptos que guiaron el presente estudio, en el que prevalecieron los principios de respeto a la dignidad del sujeto de estudio así como la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13)

Debido a las características del presente estudio, se le considera como *riesgo mínimo*. En él no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, sin embargo, por la temática que se abordó, el aspecto emotivo pudo verse involucrado (Art. 17, frac. II).

Se empleó para la recolección de la información la técnica de entrevista semiestructurada, por lo que se contó con el consentimiento bajo

información de los sujetos de investigación (Art. 14, Frac. 5), explicando de forma clara los objetivos de la investigación, procedimientos a realizar, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, explicando la libertad que se tenía de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, la seguridad de que no se identificaría y se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, Art. 21 y 22.

El protocolo se presentó para su evaluación y registro, ante el Consejo de Investigación de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (Apéndice 2), lo que garantizó la seguridad de los sujetos en estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 Resultados fase cuantitativa

A continuación se describen los resultados de la parte cuantitativa arrojados en el estudio que se realizó en Villa de Canalejas, Jilotepec, Estado de México, con el nombre Alcoholismo; Estrategias de Afrontamiento que utiliza la Familia para Cohabitar; donde participaron 100 personas con edad promedio de 37 años (SD ± 11.28) con un rango entre 18 y 60 años. (Figura 4.1)

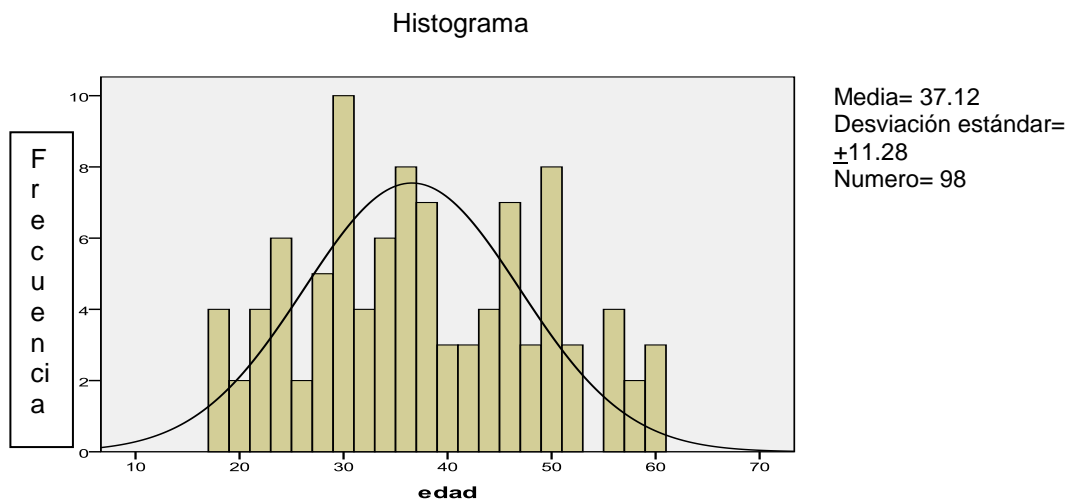


Figura 4.1: Edad de los participantes en el estudio.

La distribución por sexo fue de 59% femenino y 39% masculino; en lo que respecta a su estado civil se encontró que el 60% son casados y un 34% solteros; en relación con su escolaridad el 36% tenía secundaria, el 21% profesional, y 16% bachillerato; en cuanto a la religión que profesan, el 91% refirió ser católico. De los entrevistados, el 27% se dedica al hogar y 21% son profesionistas; el 29% que se dedica a actividades diversas tales como el comercio, empleados, chofer. Al finalizar la aplicación del

instrumento, se le pregunto al o la participante en el estudio, en quien pensó al momento de darnos la respuesta obteniéndose los siguientes resultados: 22% pensó en el cuñado, suegro y en sí mismo, 17% en amigos o vecinos, el 16% en hermanos (as), y 13% en los padres (Cuadro4.1).

Cuadro 4.1
Características socio demográficas de los participantes en el estudio.

VARIABLES		% N=100
Sexo	Masculino	39
	Femenino	59
	Otros	2
Estado Civil	Soltero	34
	Casado	60
	Unión Libre	4
	Viudo	1
	Divorciado	0
	Otros	1
	Analfabeta	0
Escolaridad	Primaria incompleta	5
	Primaria	13
	Secundaria incompleta	1
	Secundaria	36
	Bachillerato incompleto	1
	Bachillerato	16
	Profesional	21
Religión	Otros	7
	Católico	91
	Protestante	0
	Testigo de Jehová	0
Ocupación	Otros	9
	Mecánico	1
	Hogar	27
	Estudiante	5
	Profesionista	21
	Construcción	3
	Obrero	10
Parentesco	Campesino	4
	Otros	29
	Padres	13
	Esposo (a)	8
	Hijo (a)	4
	Hermano (a)	16
	Primo (a)	8
Parentesco	Tío (a)	8
	Amigo, Vecino	17
	Otros	26

COPE-28 Utilizado en el estudio⁵⁴.

Para el análisis de los resultados arrojados del COPE 28, se dividió en tres afrontamientos según Lazarus, Folkman⁶³ y Carver, Scheier⁶⁴ que son afrontamiento conductual, cognitivo y emocional, los cuales se dividen en activo y pasivo. Para poder hacer esta determinación de los afrontamientos, se trabajó con los 28 ítems del instrumento teniendo como resultado 14 subescalas de afrontamiento las cuales se componen de 2 ítems cada una. La mitad de las subescalas evalúan un afrontamiento activo y el resto afrontamiento pasivo.

Para determinar el afrontamiento conductual activo se evaluaron los ítem correspondientes a la primera subescala : el ítem 2 un 59% de los participantes en el estudio casi siempre o siempre realizan esfuerzos en hacer algo por la situación en la cual están viviendo, en tanto que el 41% no lo hace, por otra parte en el ítem 10 el 56% casi siempre o siempre toma medidas para hacer que su situación mejore, mientras que el 41% nunca o casi nunca toma alguna medida, teniendo un 3% de no respuesta. (Cuadro 4.2).

La segunda subescala para el afrontamiento conductual activo es la planificación, ítem 6 donde el 54% casi siempre o siempre intentan una estrategia sobre qué hacer con el alcoholismo, en tanto que el 46 % nunca o casi nunca, intentan hacer algo. A lo que el ítem 26 se refiere a la forma de enfrentar el alcoholismo teniendo como resultado el 50% que casi siempre o siempre piensa como enfrentarlo y el 49% casi nunca o nunca lo hace.

La tercera subescala es la de apoyo instrumental donde en el ítem el 63% nunca o casi nunca intentan conseguir que alguien le ayude o aconseje y el 37% casi siempre o siempre sí lo intenta. El ítem 28 se refiere a la búsqueda de ayuda o consejo de otras personas dando como resultado que

el 51% casi siempre o siempre lo consigue mientras que el 49% nunca o casi nunca no lo busca.

Cuadro 4.2
Afrontamiento Conductual Activo

ACTIVO	Ítem	Descripción.	Escala	%
Afrontamiento activo	2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación que estoy viviendo.	Nunca	13
			Casi Nunca	28
			Casi Siempre	36
			Siempre	23
	10	Tomo medidas para que la situación mejore.	Nunca	13
			Casi Nunca	28
			Casi Siempre	33
			Siempre	23
Sin respuesta			3	
Planificación	6	Intento una estrategia sobre qué hacer con el alcoholismo.	Nunca	25
			Casi Nunca	21
			Casi Siempre	31
			Siempre	23
26	Pienso que hacer para enfrentar el alcoholismo.	Nunca	25	
		Casi Nunca	24	
		Casi Siempre	28	
		Siempre	22	
		Sin respuesta	1	
Apoyo instrumental	1	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje.	Nunca	38
			Casi Nunca	25
			Casi Siempre	22
			Siempre	15
	28	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	Nunca	21
Casi Nunca	28			
Casi Siempre	24			
Siempre	27			

COPE-28 Utilizado en el estudio⁵⁴.

Para determinar el afrontamiento conductual pasivo se evaluaron las subescalas correspondientes: la cuarta subescala denominada renuncia, en el ítem 11 el 65% de los participantes en el estudio nunca o casi nunca dejan de ocuparse del alcohólico, en tanto que el 45% si lo hace, teniendo un 5% de no respuesta. Por otra parte en el ítem 25, el 57% nunca o casi nunca hacen frente al problema del alcoholismo, mientras que el 42% siempre o casi siempre si lo hacen, teniendo 1% de no respuesta (cuadro 4.3).

La quinta subescala para el afrontamiento conductual pasivo es la autodistracción, en donde en el (ítem 4), el 63% casi siempre o siempre recurren al trabajo u otras actividades para apartar las cosas de su mente, en tanto que el 37% nunca o casi nunca lo realiza, en el ítem 22 se centra en ir al cine, ver televisión para pensar menos, teniendo como resultado el 51% que casi siempre o siempre realiza esta actividad y el 49% casi nunca o nunca lo hace.

La sexta subescala es el uso de sustancias, se utiliza el ítem 15 donde el 75% nunca o casi nunca utiliza alcohol u otras drogas para sentirse mejor y el 25% casi siempre o siempre las utiliza. El ítem 24 se refiere a utilizar alcohol u otras drogas para superar la problemática del alcoholismo, dando como resultado que el 81% nunca o casi nunca lo utiliza, mientras que el 19% siempre o casi siempre las utiliza para superarlo.

Cuadro 4.3
Afrontamiento Conductual Pasivo.

PASIVO	Ítem	Descripción.	Escala	%
Renuncia	11	Renuncio a ocuparme del alcohólico.	Nunca	39
			Casi Nunca	21
			Casi Siempre	25
			Siempre	10
			Sin respuesta	5
	25	Renuncio hacer frente al problema del alcoholismo.	Nunca	36
			Casi Nunca	21
			Casi Siempre	25
			Siempre	17
			Sin respuesta	1
Auto distracción	4	Recurro al trabajo o actividades para apartar las cosas de mi mente.	Nunca	11
			Casi Nunca	26
			Casi Siempre	40
			Siempre	23
	22	Voy al cine o veo la televisión para pensar menos.	Nunca	28
			Casi Nunca	21
			Casi Siempre	28
			Siempre	23
Uso de Sustancias	15	Utilizo alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	Nunca	60
			Casi Nunca	15
			Casi Siempre	14
			Siempre	11
	24	Utilizo alcohol u otras drogas para superarlo.	Nunca	70
			Casi Nunca	11
			Casi Siempre	14
			Siempre	5

COPE-28 Utilizado en el estudio⁵⁴.

Para poder determinar el afrontamiento cognitivo activo se evaluó la séptima subescala denominada reformulación positiva, en el que 52% de los participantes en el estudio siempre o casi siempre intentan verlo con otros ojos para que parezca más positivo, en tanto que el 47% no lo hace, teniendo un 1% de no respuesta para el ítem 14. Por otra parte el 66% casi siempre o siempre buscan algo bueno de lo que está pasando, mientras que el 33% no lo hacen, teniendo un 1% de no respuesta para el ítem 18 (cuadro 4.4).

La octava subescala para el afrontamiento cognitivo activo es el humor, en donde el 59% nunca o casi nunca hacen bromas referentes al alcoholismo, en tanto que el 49 % si las realizan (ítem 7), en esta subescala el ítem 19, se rio de la situación que da como resultado que el 64% nunca o casi nunca se ríen y el 34% si lo hace teniendo un 2% de no respuesta para este ítem.

La novena subescala es la aceptación, donde el 57% casi siempre o siempre acepta la realidad de lo que ha sucedido, mientras que el 41% no lo acepta (ítem 3); en el ítem 21 que hace referencia en aprender a vivir con ello, da como resultado que el 54% casi siempre o siempre lo ha hecho, mientras que el 44% no ha podido, se tiene un 2% de no respuesta.

Cuadro 4.4
Afrontamiento Cognitivo Activo

ACTIVO	Ítem	Descripción.	Escala	%
Reformulación positiva	14	Intento verlo con otros ojos, para que sea más positivo.	Nunca	28
			Casi Nunca	19
			Casi Siempre	32
			Siempre	20
			Sin respuesta	1
	18	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	Nunca	20
			Casi Nunca	13
			Casi Siempre	32
			Siempre	34
			Sin respuesta	1
Humor	7	Hago bromas sobre alcoholismo.	Nunca	30
			Casi Nunca	29
			Casi Siempre	24
			Siempre	17
	19	Me río de la situación.	Nunca	42
			Casi Nunca	22
			Casi Siempre	21
			Siempre	13
			Sin respuesta	2
Aceptación	3	Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	Nunca	22
			Casi Nunca	19
			Casi Siempre	29
			Siempre	28
			Sin respuesta	2
	21	Aprendo a vivir con ello.	Nunca	20
			Casi Nunca	24
			Casi Siempre	28
			Siempre	26
			Sin respuesta	2

COPE-28 Utilizado en el estudio⁵⁴.

Para definir el afrontamiento cognitivo pasivo se evaluaron las siguientes subescalas: la decima denominada negación, en la que 63% de los participantes nunca o casi nunca creen que esto sea real, en tanto que el 33% si lo cree, teniendo un 4% de no respuesta (ítem 5), en el ítem 13 que es la negación a creer, el 61% nunca o casi nunca se niegan a creerlo, mientras que el 38% si lo hace, teniendo un 1% de no repuesta para el ítem (cuadro 4.5).

La decima primera subescala para el afrontamiento cognitivo pasivo es la religión, en donde el 63% nunca o casi nunca hallan consuelo en su creencia espiritual, mientras que el 37% si lo encuentran (ítem 16), en esta subescala el ítem 20 hace alusión a rezar o meditar dando como resultado el 58% nunca o casi nunca lo realiza y el 40% si lo hace, habiendo un 2% de no respuesta para este ítem.

La decima segunda subescala que es la autoculpación donde el 52% nunca o casi nunca se critican a sí mismos y el 48% sí lo hace (ítem 8); el ítem 27 hace referencia echarse la culpa de lo que ha sucedido, dando como resultado que el 73% nunca o casi nunca lo hace, mientras que el 25% si lo realiza, teniendo un 2% de no respuesta para este ítem.

Cuadro 4.5
Afrontamiento Cognitivo Pasivo

PASIVO	Ítem	Descripción.	Escala	%
Negación	5	Creo que esto no es real.	Nunca	35
			Casi Nunca	28
			Casi Siempre	18
			Siempre	15
			Sin respuesta	4
Religión	13	Me niego a creer.	Nunca	30
			Casi Nunca	31
			Casi Siempre	19
			Siempre	19
			Sin respuesta	1
Religión	16	Hallo consuelo en mi religión.	Nunca	42
			Casi Nunca	21
			Casi Siempre	18
			Siempre	19
			Sin respuesta	0
Religión	20	Rezo o medito	Nunca	34
			Casi Nunca	24
			Casi Siempre	18
			Siempre	22
			Sin respuesta	2
Auto culpación	8	Me critico a mí mismo.	Nunca	23
			Casi Nunca	29
			Casi Siempre	29
			Siempre	19
			Sin respuesta	0
Auto culpación	27	Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	Nunca	53
			Casi Nunca	20
			Casi Siempre	15
			Siempre	10
			Sin respuesta	2

COPE-28 Utilizado en el estudio⁵⁴.

Para determinar el afrontamiento emocional activo se evaluaron las siguientes subescalas: la decima segunda denominada apoyo emocional, en la que 50% de los participantes nunca o casi nunca consiguen apoyo emocional de otros, en tanto que el 49% sí lo consigue, teniendo un 1% de no respuesta (ítem 9), en el segundo ítem que es el 17 hace referencia en conseguir el consuelo y la comprensión de alguien donde, el 56% casi siempre o siempre lo busca, mientras que el 42% no lo hace, teniendo un 2% de no repuesta para este ítem (cuadro 4.6).

Cuadro 4.6
Afrontamiento Emocional Activo

ACTIVO	Ítem	Descripción.	Escala	%
Apoyo emocional	9	Consigo apoyo emocional de otros.	Nunca	29
			Casi Nunca	21
			Casi Siempre	29
			Siempre	20
			Sin respuesta	1
	17	Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	Nunca	22
			Casi Nunca	20
			Casi Siempre	35
			Siempre	21
			Sin respuesta	2

COPE-28 Utilizado en el estudio⁵⁴.

Para definir el afrontamiento emocional pasivo se evaluaron las siguientes subescalas: la décima cuarta denominada descarga emocional, en la que el 55% de los participantes en el estudio nunca o casi nunca dan rienda suelta a sentimientos desagradables, en tanto que el 44% sí lo hace, teniendo un 1% de no respuesta (ítem 12), en el ítem 23 que expresa sentimientos negativos sobre el alcohólico, el 54% nunca o casi nunca los expresan, mientras que el 46% si lo hace (cuadro 4.7).

Cuadro 4.7
Afrontamiento Emocional Pasivo

PASIVO	Ítem	Descripción.	Escala	%
Descarga emocional	12	Doy rienda suelta a sentimientos desagradables.	Nunca	30
			Casi Nunca	25
			Casi Siempre	20
			Siempre	24
			Sin respuesta	1
	23	Expreso sentimientos negativos sobre el alcohólico.	Nunca	26
			Casi Nunca	28
			Casi Siempre	21
			Siempre	25

COPE-28 Utilizado en el estudio⁵⁴.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la correlación de Pearson. Cuadro 4.8. Donde se observan correlaciones estadísticamente significativas ($p < .05$). El ser hombre se relaciona con menor escolaridad (224*), con ser el esposo o hijo de la persona que toma (.228*) y utilizar afrontamiento cognitivo pasivo (210*).

Por otra parte, también se encontraron las correlaciones a mayor edad-uni6n de pareja. (417*), a mayor edad-menor escolaridad (.490*) y a

mayor edad-utilización del afrontamiento conductual activo (.241*), pero también del afrontamiento cognitivo pasivo (.309*).

En lo que respecta a la escolaridad, el bajo nivel se correlacionó con el afrontamiento conductual activo (.211*), con el afrontamiento cognitivo pasivo (.221*) y el afrontamiento emocional pasivo (.282**). Otra correlación fue el que los esposos e hijos, utilizan el afrontamiento conductual pasivo (.213*) y emocional pasivo (.215*).

Se muestra correlación positiva entre el afrontamiento conductual activo con los afrontamientos cognitivo pasivo (.299**), emocional activo (.450**) y emocional pasivo (.258*).

El afrontamiento conductual pasivo se relaciona con el afrontamiento emocional activo (.242*) y con el emocional pasivo (.430**). En tanto que el afrontamiento cognitivo activo se correlaciona con el emocional activo .353** y emocional pasivo .310**.

Finalmente el afrontamiento cognitivo pasivo se relaciona con el emocional pasivo .245*. Mientras que el emocional activo se relaciona con el emocional pasivo .338**.

Retomando la clasificación de Lazarus y Folkman⁶⁵ de los afrontamientos como esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales que los individuos implementan para hacer frente a situaciones estresantes, los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran que los tipos de afrontamiento más utilizados entre los participantes fueron los pasivos cognitivo y emocional.

Por lo que se infiere que las estrategias que adoptan los integrantes de la familia para responder a la problemática del alcoholismo no es asertiva, es decir, utilizan estrategias tales como esperar que sea el tiempo quien resuelva el conflicto o evadir la situación imaginando que nada pasa.

Por otra parte, el afrontamiento emocional activo que emplea acciones concretas y planeadas sobre la problemática y sus consecuencias, en el cual es frecuente que la persona pueda pedir un consejo, rezar, platicar con alguien más del problema, se correlaciona con el afrontamiento pasivo emocional. Es decir, en situaciones de alto estrés el afrontamiento pasivo predominante, puede combinarse con un afrontamiento activo, en este caso particular, el emocional, lo que nos habla de la utilización de dichas estrategias en momentos de situación emergentes, más que el uso de una estrategia de manera habitual que codyuve en la modificación conductual. Lo anterior coincide con lo que Bouchard() encuentra en su estudio, donde las personas con bajos recursos emocionales recurren a hacer una valoración primaria del evento y a utilizar más estrategias enfocadas en la emoción. misma situación que es reforzada en el estudio de Ward y Kennedy ⁸⁶.

De la misma forma, Aldwin y Reverson⁸⁵; refieren que cuando existe algún conflicto emocional en la persona, o en su relación con otra, aunado a la valoración y severidad del problema a afrontar, es más probable que los individuos utilicen un afrontamiento pasivo y, por ende, les cueste adaptarse ante su situación.

Por los resultados arrojados en la investigación, en la fase cuantitativa se acepta la hipótesis alterna donde las estrategias de

afrontamiento pasivo son las más utilizadas por los miembros de la familia al cohabitar con un integrante alcohólico.

Cuadro 4.8 Correlación de Pearson.

		sexo	edad	EDOCIV1	ESCOLARID AD1	parentesco1	Intfam	CONDUCTUAL ACTIVO	CONDUCTU ALPASIVO	COGNITIVO ACTIVO	COGNITIV O PASIVO	EMOC IONAL ACTIV	EMOCIONAL PASIVO
	Pearson Correlation	1											
Sexo	Sig. (2-tailed)												
	N	98											
	Pearson Correlation	-.036	1										
Edad	Sig. (2-tailed)	.727											
	N	98	98										
	Pearson Correlation	-.023	.417**	1									
EDOCIV1	Sig. (2-tailed)	.820	.000										
	N	98	98	99									
	Pearson Correlation	.224*	.490**	.129	1								
ESCOLARI DAD1	Sig. (2-tailed)	.027	.000	.201									
	N	98	98	99	99								
	Pearson Correlation	.228*	-.063	-.018	.069	1							
parentesco1	Sig. (2-tailed)	.026	.542	.862	.507								
	N	95	95	96	96	96							
	Pearson Correlation	-.046	-.146	-.166	-.022	.054	1						
Intfam	Sig. (2-tailed)	.661	.160	.108	.836	.612							
	N	94	94	95	95	92	95						
	Pearson Correlation	.198	.241*	.181	.211*	.136	.061	1					
CONDUCTU ALACTIVO	Sig. (2-tailed)	.055	.019	.077	.039	.195	.565						
	N	95	95	96	96	93	92	97					
	Pearson Correlation	-.095	.019	.042	.123	.213*	.078	.116	1				
CONDUCTU ALPASIVO	Sig. (2-tailed)	.367	.853	.685	.239	.042	.464	.268					
	N	93	93	94	94	91	90	93	95				
	Pearson Correlation	-.093	-.135	-.117	-.176	.062	-.098	.060	.188	1			
COGNITIVO ACTIVO	Sig. (2-tailed)	.383	.204	.268	.093	.564	.365	.571	.077				
	N	91	91	92	92	89	88	91	90	93			
	Pearson Correlation	.210*	.309**	.120	.221*	.081	.146	.299**	.217*	.105	1		
COGNITIVO PASIVO	Sig. (2-tailed)	.044	.003	.252	.033	.450	.171	.004	.037	.328			
	N	92	92	93	93	90	89	92	92	89	94		
	Pearson Correlation	.144	.110	.097	.108	.001	-.007	.450**	.242*	.353**	.202	1	
EMOCIONA LACTIVO	Sig. (2-tailed)	.164	.289	.347	.295	.993	.948	.000	.020	.001	.053		
	N	95	95	96	96	94	92	95	93	91	92	97	
	Pearson Correlation	.128	.081	-.027	.282**	.215*	.027	.258*	.430**	.310**	.245*	.338**	1
EMOCIONA LPASIVO	Sig. (2-tailed)	.211	.429	.791	.005	.036	.798	.011	.000	.003	.018	.001	
	N	97	97	98	98	95	94	96	94	92	93	96	99

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.2 Resultados fase cualitativa

La entrevista cualitativa, brinda la oportunidad de comprender el punto de vista de los participantes en una investigación sobre su mundo, a partir de sus propias palabras. La entrevista cualitativa posibilita que el entrevistador haga patente la situación vivida a través de un proceso de análisis y reconocimiento de problemas, con la finalidad de obtener un conocimiento detallado sobre percepciones, representaciones y aspiraciones de las personas, en un contexto sociocultural que determina las conductas y las relaciones socioculturales y de género⁶⁵, en este caso identificar las estrategias de afrontamiento así como los tipos de roles que utiliza la familia para cohabitar con un integrante alcohólico en la comunidad de Villa de Canalejas, Municipio de Jilotepec, Estado de México, desde su percepción.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"⁴⁹. De acuerdo al COPE 28, instrumento de recolección para la parte cuantitativa nos indica diferentes tipos de afrontamiento: conductual, cognitivo y emocional cada uno de ellos en forma pasiva y activa.

Otro elemento a considerar en el análisis de afrontamiento de cohabitantes de alcohólicos es el rol social, entendido éste como un vínculo que el individuo tiene para comunicarse con sus semejantes, cumpliendo de esta forma con diferentes funciones, deberes y derechos en el núcleo familiar y social durante el desarrollo bio-psico-social. Esto depende del comportamiento esperado y las normas prescritas por la sociedad, base para definir el rol.⁶⁶

Aizpún⁶⁷, establece una clasificación, de los roles y la actitud que se asume para enfrentar el problema en una familia disfuncional alcohólica: 1). El

rescatador, 2). El cuidador, 3). El rebelde u oveja negra, 4). El héroe, 5). El recriminador, 6). El desentendido, 7). El disciplinado.

El análisis de datos cualitativo de esta investigación, utilizó como instrumento para la recolección de datos el Genograma, formato que sirve de guía para dibujar un árbol genealógico, que registra información sobre los miembros de una familia, relaciones entre los miembros, comunicación por lo menos de tres generaciones.

En este apartado se dan a conocer los resultados obtenidos por medio de la entrevista semi-estructurada y temática, realizada en mujeres de la comunidad de Villa de Canalejas, Jilotepec, Estado de México. Se presentan algunas características sociodemográficas de las participantes en el estudio, para después realizar el análisis de los datos sobre el discurso de estas mujeres en relación con estrategias de afrontamiento y roles que utiliza en su cotidianidad para cohabitar con integrantes de su familia que tienen problemas en su forma de beber. Se realizaron cinco genograma, de esposas, hermanas o madres.

4.2.1 Características de las participantes en el estudio.

Fueron entrevistadas cinco mujeres con edad entre 23 y 56 años. En relación a la escolaridad una cuenta con primaria, tres secundaria y una carrera técnica. En relación con su estado civil, cuatro manifestaron estar casadas, una en unión libre; tenían tres hijos, lo que nos indica que para este estudio las familias son de tipo nuclear y compuesta (cuadro 4.8). Según el INEGI ⁶⁸ en la sociedad mexicana existen varias formas de organización y clasificación familiar, todos con diferente estructura y composición con base en las relaciones de parentesco de sus integrantes, como en el caso presente.

La casa en que habitan es propia en cuatro de los casos y de los papás solo en uno. En relación con las personas que trabajan en la familia, todas

manifestaron que el esposo, sólo una de las participantes trabaja para sacar adelante a su familia, pues el esposo solo trabaja para él mismo. En cuanto a la ocupación del esposo, dos son carpinteros, 2 tienen autoempleo y uno es albañil. Al preguntar si alguna persona de su familia bebía todas mencionaron al marido, en dos casos el suegro y un hermano (cuadro 4.9).

Cuadro 4.9 - Características de las informantes en el estudio.

VARIABLE	FA n=5
Edad	
20-29	3
30-39	1
40-49	0
50 y más	1
Escolaridad	
Primaria completa	1
Secundaria completa	3
Otros	1
Estado civil	
Casada	4
Unión libre	1
Separada	0
Propiedad de la casa	
Propia	4
Rentada	0
De los suegros	0
De los padres	1
Trabajo del esposo	
Carpintero	2
Albañil	1
Autoempleo	2
Obrero	0
Más de un oficio	0

Fuente: Entrevista individual, Villa de Canalejas Edo de México. 2010.

Con la información obtenida de las entrevistas se realizaron los familiogramas, donde se puede observar la estructura de las familias participantes en el estudio, se determina el tipo de familia, la unión de pareja, número de integrantes, religion que profesan, sexo, edad, escolaridad, ocupación, fallecimientos, abortos, etc. (figura 4.2)

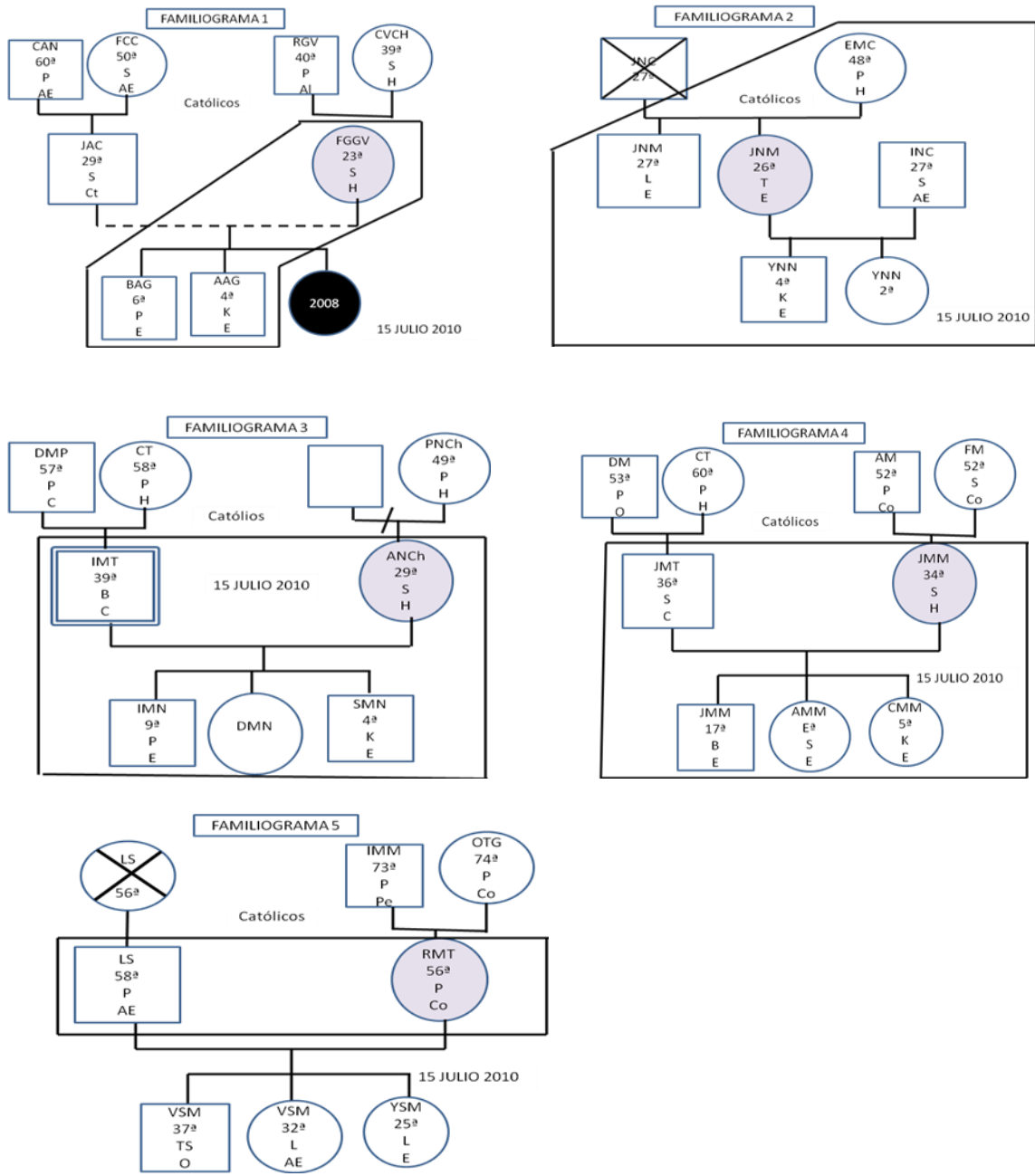


Figura 4.2 Famioliograma de las familias participantes en el estudio.

4.2.2 Entorno social

Las relaciones interpersonales en un contexto social de tradiciones y valores culturales, están acostumbrados a la convivencia con el integrante alcohólico en la familia o comunidad. Las personas entrevistadas confirman que en su comunidad se dispone libremente del alcohol, es fácil obtenerlo, por lo que manifiestan que se puede ver a las personas solas o en grupo consumiendo alcohol, en área pública.

El hecho de que se vea como normal el consumo en calles y en personas jóvenes, nos indica una modificación sobre la percepción que se tenía sobre este fenómeno, donde el consumo de alcohol era del ámbito privado (casa) y para hombres (no jóvenes). Como se muestra en las siguientes frases:

E2: Pues... grave ¿no?... porque hay muchos borrachines

E3: pues porque los jovencitos luego se juntan ahí en la esquina o los señores y ahí están tomando..... los sábados domingos, los sábados es cuando más porque se van a los bailes y ahí están en la esquina y ahí llegan

E4: Pues yo más que nada digo que por la edad de mis hijos y... por ejemplo mi hijo el adolescente que se dé cuenta no... ósea por eso se me hace un problema porque después a lo mejor va a empezar con lo mismo..mm..

Por otro lado, a pesar de que el alcoholismo es frecuente, tal parece que es una situación aceptada como “normal” por los miembros de la comunidad, pues es común observar los fines de semana a personas tomando en la calle o en lugares donde venden alcohol, en partidos de futbol o bien en reuniones sociales.

E1: en la tienda de la esquina.....ahí es donde toma, todo el tiempo está lleno de borrachos, uno no puede entrar a la tienda por lo mismo porque.... porque ahí están tomando...

E4: Pues porque hay demasiados, y se ve tan solo vea los domingos, entre semana aquí en esta colonia de nosotros entre semana diario, diario hay señores 5 - 6 en bolita y eso es diario, entonces es grave!

E5: porque es general que todos los viernes se junten en las pus pus por ahí todos los chavos y se toman, toda la noche hay serenata y de chupe...

Esa normalización del consumo de alcohol en la sociedad en la vía pública se infiere también, cuando las personas manifestaron no tener ningún problema con vecinos, ya sea porque no se llevan con nadie, porque nadie les dice nada, o porque el consumo de alcohol no afecta a los demás, de hecho es común que los mismos vecinos o conocidos le informen a la familia dónde se encuentra su familiar cuando éste se encuentra bebido o en la calle.

E1: pues viene el muchacho de la esquina el de la talachera o un sobrino de él o conocidos de él, a avisarnos donde se encuentra...

E3: he los vecinos nos avisaban o luego pasábamos nosotros y ya lo veíamos, veníamos a avisarle a Jimmy o alguien vamos a ver a mi suegro porque ya esta allá tirado y ya lo traíamos o iba alguien de los muchachos por él...

El comportamiento que manifiesta la persona que bebe es normal para algunos de los integrantes de su familia, por lo que no les causa conflicto, que ésta consuma alcohol dentro y fuera de la casa, siempre y cuando lo haga de forma tranquila.

E4: Te digo que siempre es igual, o sea él no es de los que llegue y se aloque y no se te grite nada, nada! ósea el siempre es igual, la única diferencia es que cuando nada más se toma una o dos pues está tranquilo, estamos aquí y cuando se toma más ósea aquí no está!...

E1: se emborracha, y viene y duerme un rato y vuelve a salir y así durante el día...

De acuerdo con lo expresado por las mujeres entrevistadas, los miembros de la familia se acostumbran a la forma de ser de la persona que bebe, lo justifican y lo cuidan, pero en algunos casos muestran desinterés como una forma de adaptarse a la situación.

E1: pues le dan por su lado, ósea no, no le ponen atención...

E3: ...teníamos que ir a recogerlo hasta allá, hasta los magueyes o acá en la esquina, con el vecino, ya teníamos que ir a recogerlo a él...

E4: jijiji... desde que lo conozco... jejeje, si pero te digo es moderado no es tampoco que digas que es alcohólico.

En la comunidad, consumir bebidas alcohólicas es un hábito de inicio temprano, generalmente entre los hombres y siguiendo el ejemplo del padre, amigos o familia e incluso en el ámbito laboral, lo que establece un referente del comportamiento esperado de los maridos por las mujeres.

E1: el papá de mi esposo tomaba, mi papá toma cada 8 días pero él está por allá o sea, no lo veo...

E3: mmm... pues yo creo que mi suegro toda su vida y mi esposo, no se la verdad... cuándo inicio a tomar...

E5: él cuenta que de los desde los 12 años entró a trabajar a un trapiche donde hacían aguardiente... y desde ahí empezó a tomar...

Ante esta situación, una forma de adaptarse o aceptar la convivencia es parte de la costumbre con que se ve el alcoholismo en la comunidad y en la familia, lo que se refleja en expresiones como “*ya nos acostumbramos*”, “*tiene derecho a convivir*”, *siendo* una forma de comprender y evadir su problema.

E1: es que no entendemos su manera de tomar, o sea yo me pongo a platicar con él y le digo que le pasa por que toma y dice que porque nadie lo comprende que mi suegra ya lo tiene cansado... o a lo mejor este él busca pretextos pa tomar... pues sí como quien dice ya nos acostumbramos y ya vivimos con eso...

E2: Nada que tiene derecho a jejeje... de... de irse con sus amigos de vez en cuando noo... a convivir...

Por otra parte, existe una postura en relación a la aceptación que el alcoholismo es un problema, para la familia y la comunidad, por lo que algunas de las mujeres han buscado alternativas a la problemática actual por la que está pasando la familia, como el hecho de “internarlo” en algún centro de rehabilitación, es una de las opciones para intentar que su familiar deje de consumir bebidas alcohólicas.

E3: si estuvo en tres... en tres lugares, en 11 lugares estuvo el encerrado y unos lugares se escapaba él y ya cuando acordaban ya llegaba él aquí ya esta descalzo, en el último que estuvo desde ahí ya lleva dos años que ya no toma...

E4: Porque a él lo metían a alcohólicos y otra vez y otra vez...

4.2.3 Redes de apoyo social en la comunidad.

Existen diferentes instituciones u organizaciones no gubernamentales que brindan apoyo a las familias cuando tienen algún miembro alcohólico, al preguntar a las entrevistadas si en la comunidad existen este tipo de apoyos para hacer frente al problema de alcohol de su familiar, expresaron conocer algunas agrupaciones como los doble A, en la comunidad.

E5: servicios de salud una institución algo no, hay pequeños grupos de doble A

Las mujeres entrevistadas expresan no poder llevar a cabo acciones específicas, a pesar de su deseo por ayudar a su familiar, no obstante conocer la existencia de instituciones que les pueden apoyar, lo han intentado en varias ocasiones pero no han teniendo éxito, lo que genera que el alcoholismo no sea tratado, por el temor a que le pase algo ya que son amenazados por el alcohólico. Pero también por el temor a la “desintegración familiar” y que esto genere (desde su perspectiva) alguna problemática en los hijos.

E1: mi esposo lo ha querido llevar y mi cuñado, pero él los amenazan que dice que si lo meten ahí que se va a matar y que va hacer por la culpa de ellos y por eso ósea...

E3: ya lo intentamos la otra vez... allá en Jilotepec fuimos a unas terapias pero no son de alcohólicos...

E5: tengo un compadre que tiene 29 años en el grupo y hemos platicado muchas veces inclusive una vez estuvimos a punto de internarlo pero mi hija, se puso toda loca y gritaba y lloraba y decía que su papa no... y la verdad ya no esté ya no lo volví a intentar mi compadre ha hablado con él pero no entiende... no quiere... Es más cómodo seguir eso que esta porque tiene techo, casa, comida, cobijas, tiene todo entonces es muy cómodo...

A pesar de las opciones de instituciones públicas en la comunidad, existe un fuerte vínculo con la iglesia, ya que en la mayoría de los casos ven a la religión como una red de apoyo, siendo esto una estrategia para que deje de tomar, pues debido a sus creencias los integrantes alcohólicos realizan un juramento para no tomar por determinado tiempo, haciendo mención que una vez concluido este periodo vuelven a tomar, y en muchas ocasiones con más intensidad.

E3: pues es que hay veces que si toma seguido pero horita no porque esta jurado pero cuando toma, toma cada 15... mmm... no el ahorita no está tomando él esta jurado...

E2: él no iría... que deje de tomar yo siento que no, a lo mejor si un tiempo y ya después otra vez así como ahora que juró... ahí luego ya acaba de jurar y otra vez va y toma dura a lo mejor un año o más tomando y otra vez a jurar y así...

Para las entrevistadas jurar es un acto voluntario que se hace mediante un compromiso con un ser superior o bien su Dios, que de cierta manera los obliga a cumplir con su juramento, lo cual significa que la familia tendrá tranquilidad. Para las mujeres el hecho que el marido jure permite al marido dejar de beber por un tiempo, ya que después vuelve a tomar. Sin embargo la concepción de los hombres es la posibilidad de controlar su forma de beber sin necesidad de hacer estos compromisos como jurar, pues refieren las entrevistadas que ellos asumen que el dejar de tomar 15 o 20 días es una forma de tener control sobre el consumo de bebidas alcohólicas, por lo cual justifican el no buscar o aceptar ayuda.

4.2.4. Antecedentes de alcoholismo en la familia.

Las mujeres de la comunidad comentaron que su pareja empezó a beber desde muy joven, incluso antes de que se casaran, pero a la vez desconocen exactamente desde cuando toman, ellas piensan que esto viene desde su abuelo y padre pues ellos tomaban, lo que sugiere que existe un patrón de inicio en la adolescencia temprana, además que es una conducta habitual en

la comunidad pues los integrantes de la familia acostumbran hacerlo. Esto se muestra en la Figura 4.2.1.

E2: este no sé... como 5 años yo creo...

E3: apenas tiene mmm... 10, 10 años...

E5: el cuenta que de los desde los 12 años entro a trabajar a un trapiche donde hacían aguardiente... y que desde entonces empezó a tomar...

E4: Si, mi esposo dice que cuando él estaba chico, su papa ya tomaba...incluso desde sus abuelos pos igual su abuelo es alcohólico...

E1: mi suegro tiene muchos años tomando desde que se acuerda mi esposo, mi suegro toma...

En la figura 4.2.1 se muestra que el alcoholismo está presente en la comunidad y familia, reflejando una costumbre en la mayoría de los integrantes hombres de la familia que tienen problemas con su forma de beber, y por lo que se aprecia es de forma generacional, viene desde los abuelos y familiares políticos, resaltando la más problemática en el suegro, ya que este integrante es el que presenta fuertes problemas con el alcohol, a la vez se puede ver que hacen referencia del alcoholismo que se ve en la comunidad.

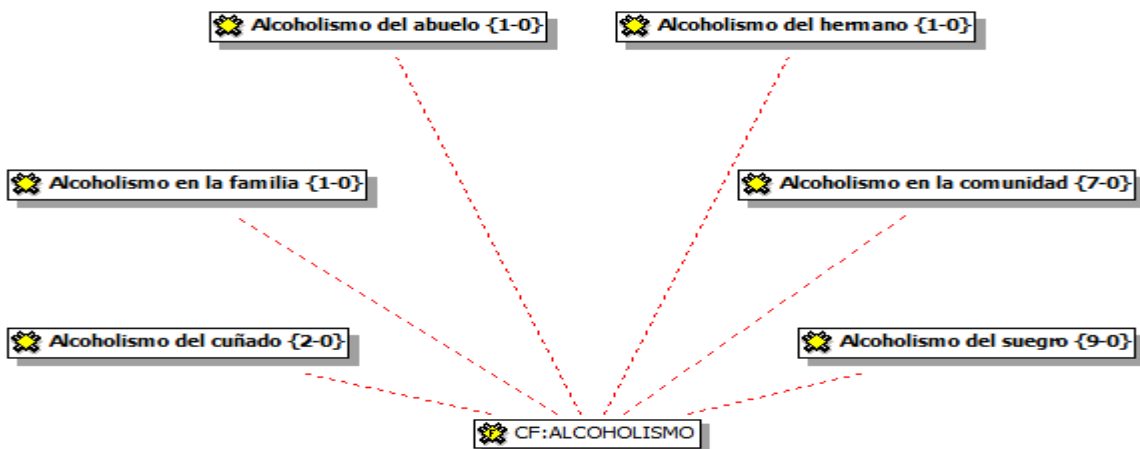


Figura 4.2.1: Alcoholismo, problemática que presenta la familia.

4.2.5 Entorno familiar.

Las relaciones interpersonales pueden sufrir alteraciones cuando uno o más de los miembros de la familia consume alcohol de manera abusiva, por lo que se puede observar un deterioro en la comunicación. Por ejemplo, cuando el marido o la persona que bebe llega en estado de embriaguez la esposa presenta una actitud agresiva, de enojo, de impotencia o coraje ante la situación, en el caso de las madres su actitud puede ser de agresión física y verbal con el objetivo de disciplinar o someter a la persona que consume bebidas alcohólicas o en caso contrario, busca protegerlo.

E3: ...mmju me enoja pero pues ya nada que me queda ya agarro yo me encierro en mi cuarto el llega contrabajos y puede abrir... él solo llega come va se acuesta y ya perdido, pero este si me da coraje porque se va a tomar... coraje coraje no se impotencia por que luego digo pus como no puedo yo hacer algo ósea para que el deje de tomar...

E1: ...pues se enoja y le grita y le empieza a decirles de cosas... pues llega y mi suegra lo regaña y le dice de cosas pero el llega y se duerme y nada más...

E3: se enoja mucho viene y hasta le pega le da sus cachetadas (ríe la Sra.) y le dice cómo es posible...lo ve ahí acostadote y le dice órale flojo y le abre las cortinas órale lárgate a trabajar quien te manda que andes tragando... lo levanta de las greñas... órale lárgate dice como si tienes para pecharles a tu amigos, dice

La mayoría de las mujeres adopta una actitud de evasión y desinterés, pues mencionaron que cuando el marido llega bebido a casa a ella no le gusta discutir, lo deja dormir y en ocasiones ella decide no hacerle caso y salirse de la casa. Mientras tanto los otros familiares tales como la mamá, hijos y nietos arremeten al alcohólico de forma verbal para que deje de tomar, asumiendo estos miembros de la familia un rol de disciplinado, con lo cual se busca conservar la integración familiar.

E2: Pues es que te digo...mmm bueno... Porque llega se duerme y no despierta hasta el otro día...

E4: Pos yo lo dejo y me voy... ya en la noche yo llego, él llega y se duerme, hasta otro día... a él no le gusta discutir para que y si yo le digo algo me tira a la loca...no me hace caso y se acabo así es...

E3: cuando mi suegra lo ve que él está tomando le dice “que paso contigo órale metete... órale rápido te doy 5 minutos o 10 minutos” y ya agarra y ya se viene mi suegra pues ya cuando va a buscarlo ya se lo llevaron los amigos... la niña le dice que “no lo quiere ver tomar” hasta incluso una vez lo puso hacer una carta... quiero que escribas... no quiero que tomes papa...

E5: mi hijo le dice, no se trata de que seamos perfectos dice se trata de que ya estuvo bueno... desde que yo tengo uso de razón dice siempre te he visto borracho... me acuerdo que mi jefa y yo dice andábamos buscándote en el cerro y por donde quiera...

E1: ellos le dicen ya no tomes abuelito, porque te vas a enfermar mmm ya andas otra vez borracho abuelito...

Lo descrito anteriormente indica el tipo de relaciones que se tiene entre los integrantes de la familia cuando hay un problema de alcoholismo, por lo que en la figura 4.2.2 se presentan los genogramas que muestran la percepción que tiene la entrevistada acerca de las relaciones intrafamiliares, de esta forma el círculo en color sombreado nos indica a las mujeres entrevistadas, el cuadro con doble línea se refiere a un hombre con problemas de alcoholismo, las líneas de color azul describe una buena comunicación; verde, regular comunicación y roja, mala comunicación entre los miembros de la familia.

En el genograma lo que se observa que desde su percepción, la mujer entrevistada refiere buena comunicación con los hijos y solo en uno de los casos, comunicación regular. La comunicación de las mujeres entrevistadas con sus padres es variada y depende de la relación de la mujer con su marido, ya que manifiesta que la comunicación con él es de buena a regular también con sus padres, como lo manifiesta explícitamente una de las entrevistadas.

E5:... si le hablan lo saludan y todo porque dentro de todo él como persona no es mala persona, tiene problemas del alcohol fuertísimo pero se transforma cuando esta tomado y cuando está bien es otra cosa...

Finalmente la relación con el marido se ubica entre regular y mala, lo que necesariamente tiene que ver con la situación del consumo de bebidas alcohólicas, las cuales se describirán en el siguiente apartado denominado relaciones de pareja.

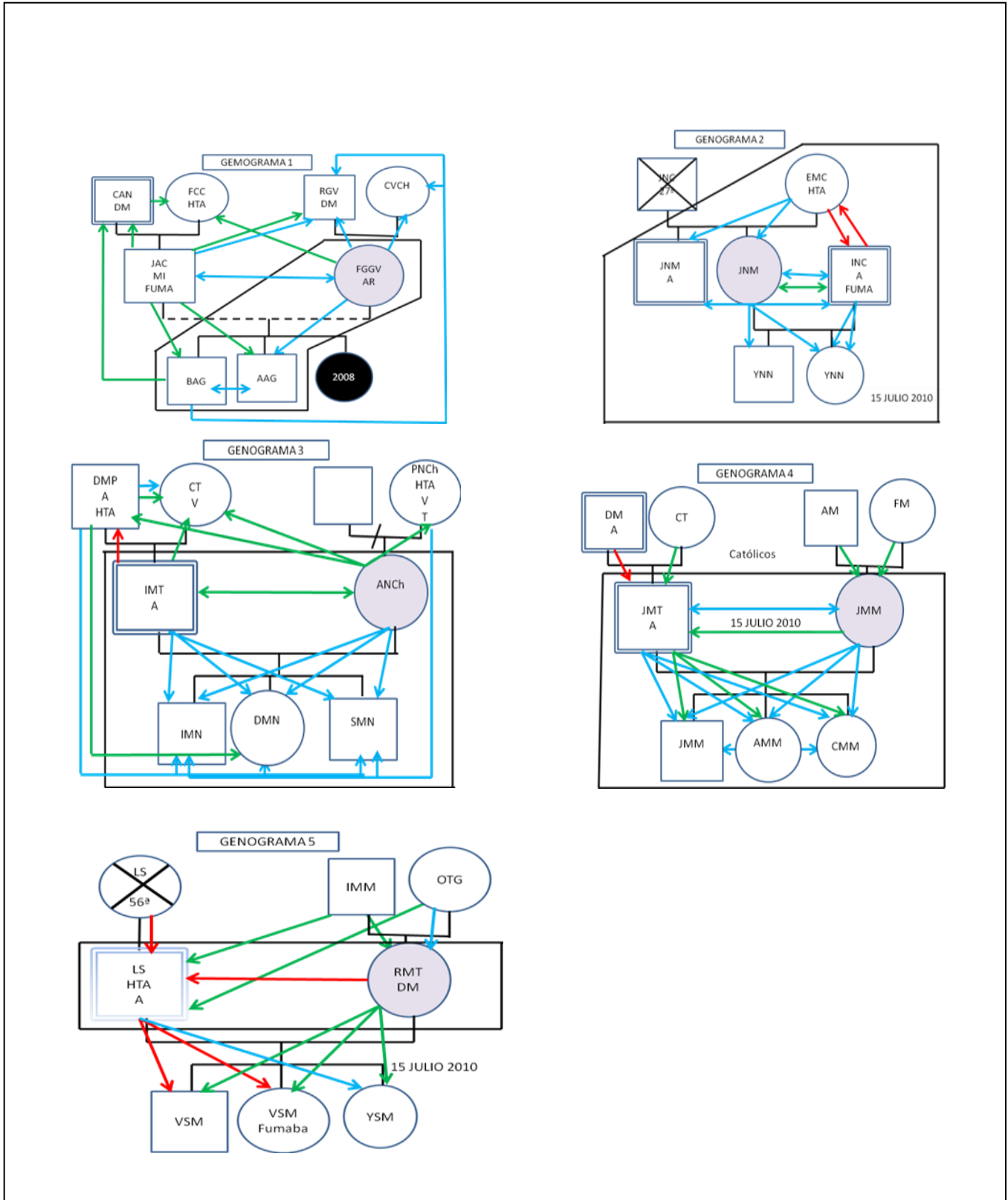


Figura 4.2.2 Genograma de familias participantes en el estudio, claves apéndice 4.

Cabe destacar que los miembros de la familia han adoptado diferentes formas de afrontamiento ante la situación del diario convivir con la problemática de alcoholismo, lo cual se observa en la figura 4.2.3, que hace referencia al tipo de afrontamiento y la frecuencia en que fueron mencionados. La más referida fue la aceptación en la que manifiestan que por más que hagan, digan y busquen ayuda, la conducta del alcohólico no va a cambiar, al aceptarlo disminuye la presión que sienten. Otra conducta que fue mencionada frecuentemente fue la evitación, es decir alejarse de problemas o situaciones de riesgo. Otros afrontamientos también referidos fueron el enojo y la búsqueda de apoyo de redes sociales como la religión, encontrando en esta última una manera de solucionar sus problemas aunque sea por periodos breves.

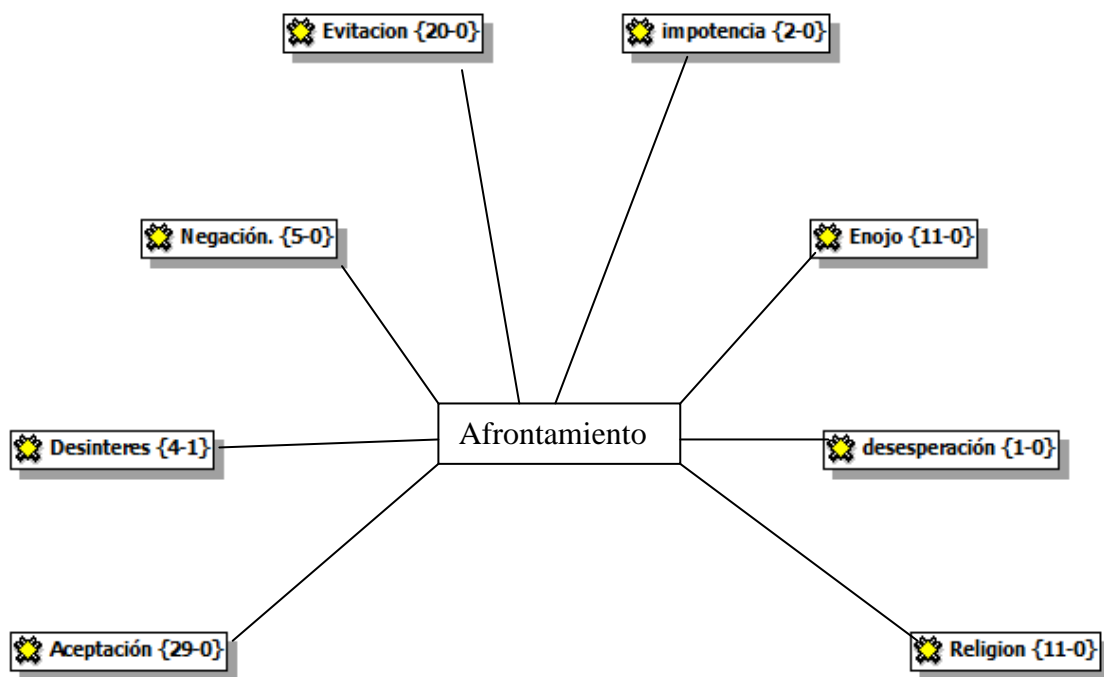


Figura 4.2.3. Afrontamientos que asume la familia, para cohabitar con el integrante alcohólico.

4.2.6 Antecedentes de alcoholismo de la pareja

Las mujeres de la comunidad comentaron que su pareja empezó a beber desde muy joven, incluso antes de que se casaran, pero a la vez desconocen exactamente desde cuando toman, ellas piensan que esto viene desde su abuelo y padre pues ellos tomaban, lo que sugiere que existe un patrón de inicio en la adolescencia temprana, que viene de mucho años atrás, además que es una conducta habitual en la comunidad pues los integrantes de la familia acostumbran hacerlo.

E2: este no sé... como 5 años yo creo...

E3: apenas tiene mmmmm 10, 10 años...

E5: el cuenta que de los desde los 12 años entro a trabajar a un trapiche donde hacían aguardiente... y que desde entonces empezó a tomar...

E4: Si, mi esposo dice que cuando él estaba chico, su papa ya tomaba...incluso desde sus abuelos pos igual su abuelo es alcohólico...

E1: mi suegro tiene muchos años tomando desde que se acuerda mi esposo, mi suegro toma...

El alcoholismo está presente en la comunidad y familia, esto refleja una costumbre en la mayoría de los integrantes de la familia hombres que tienen problemas con su forma de beber, ya que esto se ve de forma generacional, que viene desde los abuelos y familiares políticos, resaltando mas la problemática en el suegro, ya que este integrante es el que tiene fuertes problemas con el alcohol, a la vez se puede ver que hacen referencia del alcoholismo que se ve en la comunidad.

4.2.7 Relaciones de pareja

Existe un deterioro en la relación y comunicación de la pareja ante la problemática del alcoholismo, ya que esto afecta a la familia y a las mujeres, que

constantemente se ven en la necesidad de intervenir verbalmente para pedir a sus esposos que ya no tomen, obteniendo como respuesta “yo tomo cuando quiero”, y puedo dejarlo cuando yo quiera, lo que constituye una barrera para trabajar con el problema de salud que presenta este integrante de la familia, pues la mujer asume que el marido puede tener fuerza de voluntad.

E2: ... has de cuenta que le digo ya no tomes o así, ... y él dicen yo tomo cuando yo quiero y....este... ósea tiene fuerza de voluntad... él dice ya no voy a tomar por un buen tiempo ...

E4: ... él dice que ya no va a tomar más que nada pa no oírme la boca... si ha dejado de tomar para que digo que no vea, ahorita tiene como que como mmm... 20 días que no toma

Ante la insistencia verbal de las esposas y desde su percepción, consideran que su familiar deja de consumir alcohol y esperan que tal vez en esta ocasión pueda ser definitivo y el marido ya no consuma, lo que finalmente deja ver que las mujeres no se han dado cuenta que el alcoholismo es un problema de salud que requiere de apoyo profesional y que el marido deje de beber es sólo momentáneo.

E4: Él cuando dice que no tomo dos meses tres meses lo ha cumplido deja de tomar sin jurar y sin nada nomas dice sabes que voy a dejar de tomar tanto tiempo porque no se si se sienta mal o no sé y deja de tomar, ósea que si lo quiere lo deja!

La problemática de alcohol que se vive a diario en las familias de la comunidad, significa un problema en las relaciones y comunicación de la familia, a la vez que se ve afectación en la cuestión económica y bienestar de la familia, ya que el consumo de alcohol significa una disminución en el aporte económico para el sustento del hogar, pues el esposo es el que generalmente provee a la familia. Sin embargo, una de las entrevistadas refiere que desde los primeros años de su matrimonio, ha sustentado los gastos del hogar y las necesidades de los hijos.

E2: ...has de cuenta que, si él se va con sus amigos, pues él paga y afecta en mi economía...

E3: yo si le digo es que te pasas no debes de tomar... todo ese dinero que te gastas hace falta en la casa o para los niños ponte a pensar... haz lo que tú quieras tu dame mi gasto y ya tú sabrás lo que haces...

E4: él sabe que tome o no tome a mi me da lo que me debe de dar a mi me vale si tiene o no tiene no se que haga... yo le digo tu tomas pero a mí no me vas a dejar de dar el gasto...

E5: mira la estructura económica él nunca tuvo.... Nunca tuvo la responsabilidad de una familia... nunca ha sabido si comen si visten si tuvieron estudio... yo agarre la carga, para mí no fue difícil me la pasaba cosiendo... en cuanto a lo económico no tuve mala situación porque siempre trabajé... él realmente no era importante para nosotros en lo económico.

La esposa justifica la conducta del marido pues refiere que éste vivió una situación de alcoholismo y agresividad por parte de su padre, y que no le gustaría que su familia viva lo que él vivió.

E4: Porque a él lo metían a alcohólicos constantemente entonces yo siento que mi esposo, él me ha dicho que no quiere llegar a ser como su papa o sea que él no quiere que nosotros tengamos la vida que ellos tuvieron... por ejemplo, yo que vivía aquí con mi suegro que él si es alcohólico, yo veía como a mi suegra y a mi cuñada le pegaba... era algo feo...

E3: mmm... pues yo creo que porque de chicos los trato muy mal y este pus sus rencores porque el tomaba mucho de chico, este cuando ellos estaban chicos y le pegaba mucho a mi suegra, la trataba muy mal tanto a ella como a ellos...y ya fue cuando él fue a jurar...

En ese sentido, el alcoholismo de la pareja, coloca a la familia en situaciones que hacen que los integrantes de ésta se molesten o enojen, de ahí en ocasiones se torne en peleas, por lo que comentan que una estrategia que les funciona es evitarlo:

E3: le cerraba la puerta le ponía seguro y lo no dejaba entrar (risa de la Sra.) yo agarraba y me encerraba hasta con mis hijos y dije ya estuvo bien le digo ahora vete tú allá... porque ya la había agarrado de que cada 8 días cada 8 días...

E4: Pos normal, nosotros no decimos nada, nomas él llega y mis hijos y ya se va a dormir, pero no dice nada... mañana arreglamos eso...

Otra estrategia que han adoptado las familias y que les funciona para impedir que el alcohólico este en contacto con amistades que lo incitan a tomar, es realizar actividades en familia tales como salir a comer, ir de paseo, llamar su atención y poder llevar una convivencia sana.

E4: yo trato de por ejemplo los domingos acabando el juego... vamos algún lado, con mis hijos al bosque o vamos a Jilo a comer... y mis hijos me dicen dile a mi papa que ya nos vallamos la chiquita va y le dice papa ya vámonos...

Otra cuestión que expresan las mujeres entrevistadas, es el temor y angustia que les genera la forma de beber de la pareja, y ya no tanto por ellos, pues su preocupación es que sus hijos sigan el ejemplo del padre, ya que se encuentran en una etapa difícil y lo ven tomar, temen que ellos inicien con el consumo de bebidas alcohólicas.

E4: Pues temo a que mi hijo el grande como lo ve tomando, pues está en la adolescencia y se da cuenta... porque después a lo mejor va a empezar con lo mismo...

Además de su angustia de que sus hijos sigan el ejemplo del padre, hay otra cosa que les angustia a las entrevistadas, pues ellas sienten que la comunicación con los integrantes de la familia debido a la problemática del alcoholismo se está deteriorando y en ocasiones se ha perdido, a pesar de vivir bajo el mismo techo.

E3: ya se está perdiendo la comunicación, antes yo lo buscaba hablaba con él, pero ahora es regular... no se puede hablar con él... y con los niños a ellos si les pone mas atención cuando no toma....

E4: Pues no se no siempre es buena la comunicación... hay veces que por no decir las cosas no nos comunicamos... creo que es mejor entre mis hijos que entre nosotros dos, entre nosotros dos como que ya no hay comunicación...

E5: no hay relación... yo pienso que tenemos como 3 años que está mal... definitivamente lo corrí de mi cuarto y sabes qué y de que aquí en adelante no me interesa nada lo que hagas porque si lo sí se volteaba si chocaba si lo agarraba la patrulla si eso ósea corría yo a sacarlo....

En diferentes estudios como el realizado en Colombia por ⁶⁹indica que la manera de afrontamiento más utilizado por los diferentes miembros de familia fue la búsqueda de apoyo social, este afrontamiento actúa como un elemento positivo ante cualquier evento vital, además funge como un factor protector importante.

Billings y Moos⁷⁰ muestran que, en general, las personas de edad con más recursos sociales tienden a usar las estrategias de afrontamiento activo. Si bien algunas estrategias de afrontamiento implican la búsqueda de apoyo social, los estudios referidos muestran que los sujetos que efectivamente reciben o cuentan con recursos sociales, emocionales o instrumentales, utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas.

Esta situación difiere a nuestro estudio, en el cual el tipo de afrontamiento que más utilizan es el emocional-pasivo es decir, tienen el conocimiento del problema, sin embargo, no tiene una actitud propositiva que favorezca la modificación del comportamiento adictivo en la persona alcohólica. Desde su percepción “nunca han renunciado a ocuparse de él y hacer frente a la situación”, sin embargo, no cuentan con información que les permita actuar de una forma asertiva, pues a su decir, no buscan o no cuentan con el apoyo y orientación por profesionales de área de la salud. Cabe hacer mención que la mayoría de las personas participantes en el estudio fueron mujeres, casadas, dedicadas al hogar y que profesan la religión católica.

Otro estudio realizado en Lima Perú, nos muestra que la tipología del bebedor y el género influyen en la relación a los tipos de roles y los problemas relacionados con el consumo. Siendo los más utilizados para identificar el tipo de rol familiar.⁷¹

Por lo que concuerda con lo que menciona Sacks⁷² las mujeres son relegadas a roles circunscritos a la esfera doméstica, es decir, rol de esposas, madres y por supuesto, cuidadoras. Estos roles no suponen un valor de intercambio, sino simplemente un valor de consumo interno o privado. De esta concepción a la infravaloración del trabajo realizado por las mujeres sólo hay un paso, de éste a la subordinación.

Estas características en la mujer se asocian con el acto de cuidar en diversas sociedades y culturas desde una perspectiva de género, en la cual, la

mujer es el elemento cohesionador de la familia, fuertemente influenciado por el uso de la religión como una forma de consuelo y apoyo para enfrentar situaciones de crisis, de ahí que los resultados obtenidos tanto desde el enfoque cuantitativo como cualitativo, nos muestren afrontamientos pasivos ante el alcoholismo de sus familiares, esperando que la solución de esta problemática provenga de un ser mágico- religioso, lo cual se observa en la esperanza que la persona alcohólica “jure”, y de esta forma deje de tomar por un tiempo y cambie su situación personal y familiar, mejore la comunicación, la economía, con el temor de que una vez concluido el juramento, la situación vuelva a ser la misma, todo esto da cuenta del afrontamiento pasivo adoptado en la mayoría de las personas de esta comunidad que conviven cotidianamente con un alcohólico.

Podemos mencionar de acuerdo con Moos⁷³, la forma de afrontar las situaciones dependerá, en parte, de la naturaleza de la situación crítica, pero principalmente de los recursos psicosociales de que se disponga y de las fuentes de estímulo del medio social. Para él las estrategias de afrontamiento, pueden ser aprendidas o modificadas por influencia del medio social.

En este sentido, a partir del análisis cualitativo se pudo identificar que el rol principal asumido por la familia es el de “cuidador” y que corresponde al afrontamiento emocional-pasivo, en donde se está al pendiente del alcohólico, de sus obligaciones y responsabilidades asumiendo los integrantes de la familia las tareas y responsabilidades del alcohólico. Otro rol que se asume es el disciplinador, es decir, es el que arremete al alcohólico ya sea de forma física o verbal, teniendo la idea que de esta forma el adicto deje de tomar, aunque en muchas de las ocasiones se actué con ira o frustración, al no saber qué hacer con la adicción de su familiar, esto conforme a la clasificación propuesta por Aizpun.⁶⁴

Por otro lado el afrontamiento emocional activo, el cual refleja la búsqueda de consuelo y comprensión por otra(s) persona (as) y con ello el apoyo emocional, sin embargo, este tipo de afrontamiento tiene una distribución porcentual prácticamente similar entre aquellos que lo buscan y entre quienes no. Por lo que se puede decir, que es una de las áreas de oportunidad a trabajar por el personal de salud.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El estudio de investigación que se realizó en una comunidad de Canalejas, Estado de México, para identificar desde una perspectiva cuantitativa las estrategias de afrontamientos que más utilizan las familias para cohabitar con un integrante alcohólico utilizó el cuestionario COPE; para la fase cualitativa se empleo el familiograma para identificar la estructura y características de las familias, así como el genograma que tiene como finalidad el establecer los lazos de comunicación que se desarrolla entre los miembros del núcleo familiar. Con esta información se presenta a continuación la conclusión que se obtuvo a partir de un abordaje mixto, así como se hacen algunas propuestas de intervención por parte del personal de salud, particularmente el personal de enfermería.

La problemática del alcoholismo que día a día viven las familias de esta comunidad afecta considerablemente sus relaciones familiares, comunicación, convivencia, ya que todo gira en torno del integrante alcohólico. Las entrevistadas comentan que la comunicación con su pareja es de regular a mala cuando éste se encuentra alcoholizado, al grado de solo hablar lo indispensable, en algunos casos solo para pedir el sustento económico de la familia. Su percepción es que el alcohólico es responsable de su familia aún “tomado”, pues desde su decir, ellas no trabajan y el que provee es el marido. También se menciona que la relación mejora cuando él no consume.

Por otra parte, la relación entre madre e hijos normalmente la perciben como buena a regular, pues a su decir, ellas siempre están al pendiente de los hijos, en tanto que desde su visión, la comunicación del padre con los hijos es de regular a buena cuando no toma. Con el resto de los integrantes de la familia como por ejemplo suegros, cuñados, hermanos, tíos, la relación es regular ya que ellos se mantienen al margen de la situación que vive la familia.

Ante este panorama, la convivencia familiar se muestra como regular, siempre y cuando no se encuentre presente el alcohol, pues refieren las entrevistadas que cuando no toman pueden salir de paseo con los hijos y hacer otras actividades; mencionan que la persona alcohólica ésta más al pendiente de la casa y de los hijos, que la situación cambia por completo.

Desde los datos cuantitativos y cualitativos es evidente que la problemática de alcoholismo, es frecuente en adultos y jóvenes tomando en las calles, tiendas, en los campos de futbol, en reuniones familiares, pues mencionan que aunque las personas que toman son conocidas y no los consideran no agresivos, es incomodo para los habitantes de la comunidad.

Sin embargo, también en la comunidad se hace patente el rol de cuidador y protector que se asume en la familia, pues como habitualmente sucede en las comunidades, la misma gente cuida del alcohólico y si los ven en las calles solos o en malas condiciones, lo informa a la familia o en ocasiones lo llevan a su domicilio. Desde la perspectiva de las mujeres, no alcanzan a percibir que el alcoholismo es un problema de salud, pero temen que sus hijos sigan con el ejemplo de sus padres o de la gente que los rodea, por lo que les impiden salir a la calle, especialmente por las noches.

Tomando en cuenta este problema y considerando el predominio de las estrategias de afrontamiento pasivo, utilizadas por las familias que cuentan con al menos un integrante con problemas de alcoholismo, les es difícil desentenderse y renunciar de su familiar al grado de aceptar y a la vez negar la situación, aunado a lo anterior, a la fecha la comunidad no se cuenta con centros de ayuda pública y los que hay, son centros particulares que les genera un gasto y están en municipios aledaños.

Los resultados de este trabajo contribuyen a destacar la importancia de las estrategias de afrontamiento y los roles que utiliza la familia para cohabitar con un integrante alcohólico, con lo referido por las mujeres entrevistadas y algunos

habitantes de la comunidad y el interés de las autoridades se planea implementar algunas estrategias para ayudar a la comunidad y principalmente a las familias para prevenir que el alcoholismo de incremente aun mas, con la finalidad de disminuir el consumo y el numero de alcohólicos.

Finalmente lo que respecta a la fase cualitativa, la familia utiliza principalmente roles de cuidador y protector del miembro alcohólico, es decir, enfrenta sus responsabilidades y resolver los conflictos en los que el alcohólico se mete, pero en un momento determinado no realizan nada concreto para solucionar o al menos mejorar la problemática, ya que su forma de afrontar la situación es pasiva, por lo cual se confirma el supuesto planteado para esta investigación.

Por lo que es necesario que los profesionales de salud, en este caso específico enfermería, pueda establecer propuesta de trabajo con bases teóricas que permitan el desarrollo de estrategias que mejore la forma de afrontamiento y modifiquen los roles familiares para una atención asertiva del alcohol.

Por lo que se pretende seguir la propuesta de Hildegard Peplau⁷⁴, que se relaciona directamente con la familia, comunidad y los problemas que esta tiene. Para Peplau la persona vive en equilibrio inestable, por lo que ella describe salud: como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad.

En esta propuesta se trabaja desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro, de esta manera las enfermeras aprenden a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este

modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente.

5.1 Sugerencias

Vinculación del personal de salud con autoridades y líderes comunitarios para la difusión de los resultados de la investigación.

Establecer colaboración personal de salud con los integrantes de la comunidad para proponer acciones en forma conjunta con la comunidad, tales como:

Realizar una reunión con las autoridades de la comunidad, participantes en el estudio, maestros y jóvenes de la comunidad.

Proponer diversas ideas, que nos permita estimular la convivencia y participación de jóvenes y adultos en la comunidad.

Crear un comité organizador (presidente, tesorero, secretaria) con la orientación del Instituto Cultural del Deporte de Jilotepec, Instituciones educativas, autoridades municipales y la intervención del delegado.

Llevar a cabo una liga de volibol, con lineamientos, reglas y requisitos correspondientes a una liga.

Solicitar el apoyo necesario para llevar a cabo la liga de volibol mixto (espacio físico, bolones, red, pintura, tubos).

Se lanza la convocatoria de la liga, e invitaciones a las instituciones educativas y a la comunidad en general.

Se realiza la inscripción de los equipos participantes conformados por habitantes de la comunidad, con un promedio de ocho a diez participantes por equipo.

Se inaugura la liga, contando con la presencia de las autoridades, logrando que asistieran y participaran varias de las familias que participaron en el estudio.

Al finalizar la liga se llevo a cabo la premiación de los equipos participantes, al primero, segundo y tercer lugar, con algo significativo, que se obtuvo con el apoyo de las autoridades.

Se pretende trabajar con la comunidad y las familias del presente estudio para lograr que su situación ante el alcoholismo mejore, con el apoyo de las autoridades de la comunidad y municipales, planeando organizar mas actividades físicas, culturales, con la participación en especial de las familias afectadas.

Hacer la invitación a las familias afectadas para buscar ayuda profesional para hacer frente al problema de alcoholismo.

Pedir a las autoridades de su intervención para traer a la comunidad servicios de Salud o centros de apoyo para esta problemática.

Continuar con la organización de eventos deportivos en la comunidad, con la finalidad de que participen todos los habitantes, en especial los jóvenes y de esta manera reducir el consumo de alcohol.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Efectos del Alcohol. www.planetarios.com/ManualAdicciones/efectosdelalcohol.html
- ² Berruecos Villalobos, L A., Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México." www.q4q.nl/alcohol/mexicoalcoholsp.htm. 2004
- ³ Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: Morris E, Chafetz MD, eds. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1992. p.1481-97. (Edición Revolucionaria)
- ⁴ Bolet Astoviza M. La prevención del alcoholismo en los adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(4):406-9.
- ⁵ Sánchez N, Aguilar L. Estudio de los aspectos biopsicosociales de alcoholismo en una población. (Cuba). 2006.
- ⁶ Encuesta Nacional de Adicciones. 2008
- ⁷ Guzmán, Villanueva, J. E.; Familia y Adicciones, Revista de las adicciones, Boletín 2003, www.revistaadicciones.com.mx
- ⁸ Huitrón Huitrón Antonio, Jilotepec Monografía Municipal, México, 1ª Edición, Asociación Mexiquense de Cronistas Municipales, A.C. 1999.
- ⁹ AL-ANON, Ayuda para personas afectadas por convivir con un Alcohólico, 2008.
- ¹⁰ Talera, Raúl. La co-dependencia alcohólica en la familia. 2008 (raul@caminosnuevos.com).
- ¹¹ Barderi, M G; Cuniglio, F; Fernández, E; Haut, G; López, A; Lotersztain, L; Schipani, F; "Biología; Citología, Anatomía y Fisiología. Genética. Salud y Enfermedad"; Santillana Polimodal. Perú, <http://www.drogas.cl/>, 1998.
- ¹² Cuño, S. Los padres y las drogas, Corrientes, Argentina, 2005 <http://www.momarandu.com/amanoticias.php?a=6&b=0&c=90215>
- ¹³ Días Flores, A;. Menores consumen drogas. , Coordinador Institucional de la Comisión Nacional Antidrogas. El Diario de Hoy .23 de Junio 2006. P, 18.
- ¹⁴ Quisiyupanqui Ascate, C. Antecedentes Históricos De Las Sustancias Psicoactivas,

www.monografias.com/trabajos37/farmacodependencia/farmacodependencia.shtml#anteced, 2006

- ¹⁵ SGS (Secretaria General de Sanidad) .Estrategia nacional sobre las drogas en el marco del Plan Nacional. 2000-2008
- ¹⁶ Romina P. Del Carmen;. Educación para la Salud – Santillana, Organización Panorámica de la Salud. Drogas Legales: El alcohol y el tabaco. inas@arnet.com.ar. 2005.
- ¹⁷ Barderi, M. G.; Cuniglio, F; et all. "Biología; Citología, Anatomía y Fisiología. Genética. Salud y Enfermedad"; Santillana Polimodal. Perú, 1998.
- ¹⁸ García Gutiérrez E,. Lima Mompó G, Aldana Vilas, L Casanova Carrillo P, Feliciano Álvarez V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev Cubana Med Milit 2004; 33(3)
- ¹⁹ Christos Ballas, MD, Attending Psychiatrist, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. 2008
- ²⁰ Ortiz V. El alcoholismo, un problema de familia, Sevilla, ABC.es de Sevilla Agosto 2007.
- ²¹ OMS. Organización Mundial de Salud, 2005. Informe de adicciones y alcoholismo.
- ²² Alazraki Yossifoff, C. La Dinámica Familiar en Familias con un Miembro Alcohólico, El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento. www.ametep.com.mx/aportaciones. 2006
- ²³ Belsasso, G; Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas Primera edición, 2001- 2006 www.ssa.gob.mx/unidades/conadic
- ²⁴ Berruecos Villalobos, L A., Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México." , www.q4q.nl/alcohol/mexicoalcoholsp.htm. 2004

-
- ²⁵ SSA, Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas Primera edición, www.ssa.gob.mx/unidades/conadic, 2001-2006
- ²⁷ Reinaldo dos Santos, A M; Pillon, S C. Repercusiones del alcoholismo en las relaciones familiares, *Rev. latinoam. enferm*;16(n.esp):529-534, July-Aug. 2008. , e-mail: pillon@eerp.usp.br
- ²⁸ Al-Anon,A.C (Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares). Qué es el alcoholismo. 2007.
- ²⁹ Marrero Lacería, V;,, La Familia como objeto de estudio en el proceso de Salud-Enfermedad de los Trabajadores bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rst11104.html, 2006
- ³⁰ Acuña Cervantes, R. Valoración del Desarrollo Familiar. Universidad Autónoma de Querétaro, 2004.
- ³¹ Schmutler, B. Familia y Relaciones de Genero: Cambios Transcendentales en América Latina y el Caribe, Edt. EDAMEX, México 1998 pp. 562.
- ³² INEGI, (Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática) Información sobre la familia Mexicana, México D.F. Marzo, 2005
- ³³ Herrera Santír, P M . La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Edificio 685 apto 24, Zona 19, Alamar, Ciudad de La Habana, Cuba. 15 de septiembre de 1997.
- ³⁴ González San Emeterio, A M, Tipos de Familia, indosoc.org/plataforma/index.php. 2006

-
- ³⁵ Bassuk E L., Mickelson K D, Bissell H D, Perloff J N. Role of kin and nonkin support in the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry* 2002; 72(1): 39-49
- ³⁶ ANDOLFI, M., "Terapia Familiar", Paidós, Barcelona, 2001
- ³⁷ Cárdenas Medina, K. Consumo de Alcohol, Dinámica Familiar y Condición Socioeconómica como factores de Riesgo Asociados a Probabilidad de Conductas Violencias en Escolares. C. E. José Teobaldo Peredes - Paucarpatá. Arequipa; s.n; 19 ago. 1997. 54 p. Ilus
- ³⁸ Cutipa, Z. Orlando, M. Dinámica familiar y condición socioeconómica como factores de riesgo para el abuso de alcohol en adolescentes de educación secundaria. Arequipa; UNSA; dic. 1996. 58 p. ilus.
- ³⁹ Martínez, C; . Dinámica Familiar de la migración. (México). *Diario Siglo XXI* – 2009
- ⁴⁰ Campillo, M; , Hijos Adultos de Padres Alcohólicos. *Revista Liberadictus* No. 73, Agosto 2003. www.liberadictus.info
- ⁴¹ Black, C. No Hablar, No Confiar, No Sentir. México, D. F.: Conceptos S.A. 1991.
- ⁴² Smith, D. E. y Seymour, R. B. *Clinicians Guide To Substance Abuse*. New York, EUA: Mc Graw Hill. 2001.
- ⁴³ Aizpún, G. Los Roles de la Familia del Adicto. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Alcohol-Infórmate. (On line) Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cfm?articulo=f94> (Marzo, 27, 2006).

-
- ⁴⁴ Guzmán, E. Familia y Adicciones. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Alcohol-informate. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cmf?articulo=f96>, 2006.
- ⁴⁵ Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- ⁴⁶ Zeidner, M., & Hammer, A. (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 11, 693-703.
- ⁴⁷ Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- ⁴⁸ Girdano, D. y Everly, G.S. (1986). Controlling stress and tension. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ⁴⁹ Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española Estrés y procesos cognitivos, 1986, Barcelona: Martínez Roca
- ⁵⁰ Zuckerman M, Gagne M. The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *J Res Pers* 2003; 37: 169–205
- ⁵¹ Gutierrez F, Peri JM, Torres X, Caseras X, Valdes. Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *J Res Pers* 2007; 41: 1032-1053
- ⁵² Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief-Cope. *Int J Behav Med*. 1997;4:94-100.
- ⁵³ Augustín Navarro M. Á. Instrumentos para evaluar problemas psicosociales. 2008
- ⁵⁴ McGoldrick M, Gerson R. El genograma en la evaluación familiar. Buenos Aires: Gedisa 1985.
- ⁵⁵ Alazraki Yossifoff, C. La Dinámica Familiar en Familias con un Miembro Alcohólico, El impacto del alcoholismo y de las conductas conexas con el alcohol sobre el funcionamiento. www.ametep.com.mx/aportaciones. 2006

-
- ⁵⁶ Bernal Louro I: Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad, experiencia en la Atención Primaria de Salud. Facultad de salud pública. C. Habana .Editorial ciencias médicas.1993 p-2.
- ⁵⁷ CESAAL (Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo), las bebidas Alcohólicas y la Salud. Edt Trillas, 2ª ed Marzo 1990, impreso México, pp. 182-183
- ⁵⁸ Castelló Herrera, P. Alcohol vs. Vida. Rev. Avances Médicos de Cuba. Habana, Ed Prensa Latina, 2004, (IV): 15-16.
- ⁵⁹ Olazábal, P; Fernández, I; L, Bernal y Hernández Mandado, P. Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcohólico. Los Calpes No. 16, reparto Modelo, Camagüey, Cuba. 26 de diciembre de 1996.
- ⁶⁰ Natera, G; Mora, J. La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. in Mercado, F, Torres M. Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica. Plaza y Valdés Editores. México, 2000. p 73-95
- ⁶¹ Muñoz, J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti 5. Universitat Autònoma de Barcelona, 2004; [1-83]. Creative Commons. Disponible en: <<http://creativecommons.org>>. Acceso: 20 abr 2006.
- ⁶² MEXICO. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. México, 1987.
- ⁶³ Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
- ⁶⁴ Carver CS, Scheier MF. Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior. New York: Springer-Verlag; 1981.

-
- ⁶⁵ Hudelson, P. Qualitative research for health programmes. División of mental Health. World Health Organization. 1994. p. 11-36
- ⁶⁶ Dionisio F.Z, Funcionamiento Familiar Saludable [Internet] Barcelona: 2003 [Consulta el 26 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/funcionamiento_familiar.pdf
- ⁶⁷ Aizpún, G. Los Roles de la Familia del Adicto. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Alcohol-Infórmate. (On line) Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cfm?articulo=f94> (Marzo, 27, 2006).
- ⁶⁸ INEGI, (Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática) Información sobre la familia Mexicana, México D.F. Marzo, 2005
- ⁶⁹ Villalpando J, Iliana Trevi, Vivian Blanco. Afrontamiento y vulnerabilidad al estrés en familiares de pacientes con conductas adictivas. Mcs [Seriada en línea] (Consultada 2010 jul. 6) [5 paginas]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80526308.pdf>
- ⁷⁰ Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and the social resources in attenuating the impact of stressful life events. J Behav Med. 1981;4:131-57.
- ⁷¹ Cecilia Chau, Consumó de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. Universidad de Lima Perú, 1999; (Consultado 2010 jul. 5): [41 paginas]. Disponible en: [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/FC7B53EF6F7EC7DF05256F39004DF270/\\$file/chau.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/FC7B53EF6F7EC7DF05256F39004DF270/$file/chau.pdf)
- ⁷² Sacks K. Engels revisitado: las mujeres, la organización de la producción y la propiedad privada. En Harris O, Young K (eds). Antropología y Feminismo. Anagrama. Barcelona. 1979.

-
- ⁷³ Moos RH. Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluac Psicol.* 1988;4:133-58.
- ⁷⁴ Juana Hernández Conesa (1995): *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- 82 Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 53, 267-283.
- 83 Galán Rodríguez, A. y Perona Garcelán, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13 (4), 563-70.
- 84 Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism, and openness as correlates of coping strategies: an integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35, 1, 1-12.
- 85 Aldwin, C. M. y T. A. Revenson (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 2, 337-348.
- 86 Ward, C. y A. Kennedy (1993b). Where's the culture in cross-cultural transition? Comparative studies of sojourner adjustment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 24, 221-249.

APÉNDICES.

APÉNDICE 1

ENTREVISTA GENOGRAMA.

- ❖ Al momento de realizar la entrevista antes de comenzar a grabar preguntar cómo le gustaría que se le nombre para proteger la confidencialidad de la familia.

FAMILIOGRAMA

- 1) Cuantas personas viven en su casa?
- 2) Cuantas personas conforman su familia?
- 3) Además de ellos vive alguien más con ustedes?
- 4) Nos podría proporcionar en nombre de sus papás (solo se utilizara las abreviaturas, empezando por el nombre)
- 5) Así mismo el nombre de los integrantes de su familia, de mayor a menor edad. (solo se utilizara las abreviaturas, empezando por el nombre)
- 6) Cuál es su estado civil?
- 7) Cuantos hijos e hijas tiene, alguno de ellos es adoptado, tiene mellizos o gemelos?
- 8) Ocupación de cada uno de los integrantes de la familia?
- 9) Grado académico o bien hasta que año asistió a la escuela, cada uno de ellos?
- 10) Cuál es la religión que usted profesa?

GENOGRAMA

1. Actualmente existe un embarazo o aborto, dentro de su familia, (solo en la familia de estudio)?
2. Ha habido alguna defunción dentro de su familia, en qué año fue esto?
3. Cuáles fueron las causas de fallecimiento?
4. Como considera usted la comunicación con cada uno de los integrantes de su familia?
5. Todos los integrantes de su familia viven bajo el mismo techo?
 - a. Quien sí vive dentro y quién no.

-
6. Algunos de los integrantes de su familia está enfermo?
Si, si quién de ellos? de que está enfermo?
 7. Cómo ve usted la situación del alcoholismo en su comunidad?
 8. En su familia hay problemas respecto al consumo de alcohol de alguno de sus integrantes? (en caso afirmativo preguntar quién es.)
 9. Quien es el integrante de la familia con problemas en su forma de beber?
 10. Porque dice usted que tiene problemas en su forma de beber alcohol?

 11. Cuanto tiempo tiene consumiendo alcohol?
 12. Con que frecuencia consume alcohol?
 13. Como mide o determina el grado de embriagues o consumo de alcohol con la cual llega su familiar a su hogar?
 14. Como es su relación de usted con el integrante de su familia que consume alcohol?
 15. Como es la relación de los demás integrantes de su familia con el integrante que consume alcohol? (especificar en cada uno de los integrantes)
 16. Cuando este integrante de su familia llega a su hogar tomado cual es el comportamiento que generalmente que tiene con él.
 17. Cuál es el comportamiento de los demás?
 18. Han intentado buscar ayuda con alguien más?
 19. Que acciones realiza para intentar que su familiar deje de consumir alcohol?
 20. Que hacen los demás integrantes?
 21. Ha buscado alguna ayuda profesional para que su familiar deje de beber?
 22. Existe en su comunidad servicios de salud para este tipo de problemas?
 23. Cuáles son los servicios que existen?
 24. Su familiar que tiene problemas con la bebida en algún momento lo ha dejado de beber por periodos prolongados, porque?
 25. Algo más que usted nos quiera comentar?

❖ Informar que posteriormente se regresara solo para confirmar los datos.

APÉNDICE 2
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERIA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **“ALCOHOLISMO; ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZA LA FAMILIA PARA COHABITAR.”**

Registrado ante el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería con el número: 4045

- El objetivo del estudio es: Analizar las estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar, con el integrante alcohólico, en la comunidad de Villa de Canalejas, Municipio de Jilotepec, Estado de México.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder una entrevista relacionada con el tema de investigación y Declaro que se me ha informado ampliamente los objetivos del estudio y que se me hará una entrevista para responder algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación. De igual forma se me ha informado que los resultados que se obtengan del estudio, serán utilizados solo con fines de la investigación, por lo que se me garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de mis respuestas, así como el que yo participe en el estudio no tendrá ninguna repercusión. También me explicaron que por ser una entrevista que puede tener una duración entre 30 y 40 minutos, es necesario que se grabe por lo que no tengo ningún inconveniente en que se grabe.

Firma del entrevistado

Nombre, firma del entrevistador.

Teléfono para aclaraciones o dudas sobre la investigación

01 (442) 1921200

Ext. 5710

APÉNDICE 3
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO.
FACULTAD DE ENFERMERIA.

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Marque con **X** en el cuadro la respuesta que considere corresponda a su propia forma de enfrentar sus situaciones: nunca, casi nunca, casi siempre ó siempre. Es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentar el problema de alcoholismo con sus familiares. Gracias.

FOLIO

No	Pregunta	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer con el alcoholismo.				
2	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy viviendo.				
3	Acepto la realidad de lo que ha sucedido.				
4	Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.				
5	Me digo a mi mismo "esto no es real".				
6	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer con el alcoholismo.				
7	Hago bromas sobre alcoholismo.				
8	Me critico a mi mismo.				
9	Consigo apoyo emocional de otros.				
10	Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11	Renuncio a intentar ocuparme del alcohólico.				
12	Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13	Me niego a creer que haya sucedido.				
14	Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
16	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17	Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19	Me río de la situación.				
20	Rezo o medito.				
21	Aprendo a vivir con ello.				
22	Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23	Expreso mis sentimientos negativos sobre el alcohólico.				
24	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.				
25	Renuncio al intento de hacer frente al problema del alcoholismo.				
26	Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir, para enfrentar el alcoholismo.				
27	Me echo la culpa de lo que ha sucedido				
28	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

Fecha	Sexo	Edad	Edo. Civil	No.de Integrantes de Familia
Escolaridad	Religión	Ocupación	Parentesco (en quien pensó)	Entrevistador

Apéndice 4

CLAVES DEL GENOGRAMA Y FAMILIOGRAMA.

PATOLOGIAS

A
Alcoholismo

DM Diabetes Mellitus

HTA
Hipertensión Arterial

CA Cáncer

Car Cardiopatía

MI Migraña

AR Artritis

V Varices

T Tiroides

GRADO ACADEMICO

K Kinder

P Primaria.

S Secundaria

B Bachillerato

TS Técnico

L Licenciatura

Es Especialidad

Ma Maestría

OCUPACIÓN

M Mecánico

H Hogar

E Estudiante

AO Auxiliar de Oficina

Ct Construcción

Ctr Contratista.

AE Autoempleo

C Carpintero

O Obrero

Ca Campesino

P Profesional

Al Albañil

Co comerciante

- **COMUNICACIÓN.**
- buena comunicación
- comunicación con problemas
- mala comunicación

