



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

**NIVELES DE DEPENDENCIA EN CONSUMIDORES
DE ALCOHOL Y SOBRECARGA EN SUS
FAMILIARES MUJERES: PAREJAS Y MADRES.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

FRANCISCO DE LA ROSA DONLUCAS

TUTORA: DRA. ELSA S. GUEVARA RUISEÑOR

COMITÉ: MTRA. MARTHA CORDERO OROPEZA

MTRA. ALBA E. GARCÍA LÓPEZ

MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

MÉXICO, D.F.

MARZO, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Nao sou nada,
Nunca serei nada,
Noa posso querer ser nada,
Aparte isso tenho em mim todos os sonhos do mundo...

...tenho apertado ao peito hipotético mais humanidades do que Cristo,
tenho feito filosofias em sagredo que nenhum Kant escreveu.
Mas sou, e talvez serei sempre, o da mansarda,
Ainda que nao more nela;
Sarei sempre o que nao nasceu para isso,
Serei sempre só o que tinha qualidades;
Serei sempre o que esperou que lhe abrissem a porta ao pé de unma parede sem
porta...

**Tabacaria
Alvaro de Campos**

Nunca vi más allá del aquí que se reduce a mi naríz,
nunca fui bueno para lo que dijeron que era bueno;
me sentí mejor como bueno para nada,
como contemplador infame del mundo igualmente infame...

**Despedida
Tzinacantli**

AGRADECIMIENTOS

A mi *mamá* y por la característica incondicional y cariñosa de su eterno apoyo y compañía.

A mi *papá* por dejarme libremente tropezar y caer en numerosas ocasiones, brindándome su brazo para incorporarme.

A Elsa Guevara, Martha Cordero y Alba García, por creer y apoyar mi proyecto, brindándome un espacio libre para el reporte científico-literario.

A Martha Cordero, Mario Torruco, Luciana Ramos e Irma Saucedo por la construcción de mí plataforma de vuelo y la confianza depositada en mi accionar afectivo, profesional y académico.

A mis maestros y amigos: Félix Ramos, Luis del Villar, Humberto Rosell, Gerardo Ortiz, Rosalba Tenorio, Evelia Fragoso, Teresa Saltijeral, Miriam Arroyo, Roberto Cordero, José Luis, Jesús López, por hacer una diferencia preponderante en mi vida.

A Thania Mariel, Ingrid, Michel, Claudia, Katia, Lluvia, Raúl, Carolina, Alejandro, Carlos, Elizabeth, Ángel, Hugo, Bogar, Miriam, Elena, Juan Carlos, Virginia, Maya, Oscar, Ismael y Alejandro por atender con sus oídos y brazos mis más fidedignas ganas de su compañía.

A mis sobrinos y hermanos, Alfredo, Valeria, Josué, Diana, Beto, Uriel, Brandon, Elvira, Rocío, Rodrigo y Claudia.

Al Centro de Ayuda al Alcohólico sus Familiares y al Instituto Nacional de Psiquiatría por apoyar el estudio.

A Edgar Pérez y Berta Ramos por sus atinados y constructivos comentarios y sugerencias.

A Tzinacantli por cada una de sus manchas de tinta y sus dolorosas y metálicas notas.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	5
1. Relevancia social del consumo de alcohol	8
1.1 El alcohol en México	9
1.2 Epidemiología del consumo de alcohol en México	12
1.3 Uso, Abuso y Dependencia	14
2. La familia en las adicciones	17
2.1 Consecuencias del consumo de sustancias en la familia	20
2.2 Alcohol y familia	23
3. Las mujeres como prestadoras de servicios domésticos	26
3.1 Reseña histórica de las funciones de las mujeres en la esfera privada	27
3.2 Obligación o elección	30
4. La categoría de sobrecarga en familiares de bebedores	32
4.1 Perspectiva de género y sobrecarga	36
4.2 Mujeres familiares y sobrecarga en centros de atención especializada	40
5. La problemática de las mujeres familiares de dependientes	45
5.1 Riesgos	46
5.2 Sintomatología física, médica y psiquiátrica	48
6. El malestar cotidiano de la convivencia	50
6.1 Tiempo y espacios compartidos	50
7. Método	53
8. Resultados	60
9. Discusión y conclusiones	79
10. Referencias bibliográficas	95
11. Anexos	98

Resumen

El consumo de alcohol es en México un problema de salud pública, las consecuencias que origina al interior de las familias van desde deterioro económico hasta violencia física y abuso sexual. La Entrevista de Sobrecarga del Cuidador es un instrumento que evalúa el nivel de sobrecarga afectiva en cuidadores de pacientes neurodegenerativos y psiquiátricos. En este estudio se adaptó el Zarit para mujeres familiares de dependientes o abusadores de etanol, argumentando el concepto de sobrecarga afectiva desde la perspectiva de género. **Participantes:** La recolección de los datos se llevó a cabo de Agosto de 2007 a Mayo de 2008 en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. La muestra total fue de 154 mujeres con una edad promedio de 41.21 ± 13.184 , la mayoría de ellas pareja de dependiente al alcohol (58.4%), 68.2% reportó más de 12 años de cohabitar con él. **Resultados:** Los datos obtenidos en la escala adaptada (22 reactivos) mostraron propiedades psicométricas adecuadas, propiedades que resultaron optimizadas al reducir el instrumento a 15 ítems – alpha global de 0.925 y explicando el 66% de la varianza – agrupados en tres dimensiones. Primer factor (alpha de 0.862), segundo (alpha de 0.858) y la tercer dimensión (alpha de 0.850). Observándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de *madres* y *otras familiares* con respecto a las puntuaciones totales de sobrecarga ($p < 0.05$).

Introducción

Padecer un Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) representa un problema de salud grave a nivel mundial, no sólo por la complejidad con que se manifiesta en la persona que lo padece, sino por la multiplicidad de factores que se ven afectados por el propio padecimiento.

La familia es sin lugar a duda uno de los sistemas primeramente afectados, además de ser el que se ve afectado de forma más severa y directa (Medina, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz & Tapia, 2001; Puente & Tenorio, 1982; Tenorio & Mendoza, 1998). En México varios han sido los autores que han depositado su interés en el aspecto familiar de un abusador o dependiente al etanol (Landeró Hernández & Villarreal González, 2007; Natera, 1982; Natera, Mora & Tiburcio, 1999; Palomar, 1999; Puente Silva & Tenorio, 1982; Tenorio & Mendoza, 1998; Tenorio, Figueroa & Natera Rey, 1999). Es evidente que el tema ha sido abordado no sólo por los intereses particulares de las y los investigadores, sino por la demanda de atención y tratamiento, pues resulta menester dar respuesta a las demandas de la población afectada.

En numerosos estudios se han documentado las consecuencias que acarrea dentro de la familia la existencia de un miembro con problemas de consumo de alcohol, varias investigaciones han puesto de relieve a las mujeres

como principales afectadas dentro de la familia por este motivo, ya que ellas frecuentemente experimentan agresiones físicas y sexuales, particularmente esposas y madres que conviven y cohabitan o con los consumidores problema (Dawson, Grant, Chou & Stinson, 2007; Glantz-Wright, Martínez, Tinoco-Ojanguren & León Ruiz, 2004). Otras investigaciones se han encaminado a la descripción de problemas ocasionados en las mujeres por relacionarse con consumidores del alcohol y drogas (Lara Cantú, Medina Mora & Gutierrez, 1990; Mora Ríos, Natera Rey & Orford, 1998; Natera, Mora & Tiburcio, 1999; Natera Rey, Mora & Tiburcio 1997). Mientras que otras tantas se direccionaron hacia el grado en que las mujeres perciben el deterioro de su vida privada, emocional o social, ocasionado por algún tipo de relación consanguínea establecida con un abusador o dependiente al alcohol (Natera & Mora, 1993; Natera Rey & Casco Flores, 1992; Glantz-Wright et al, 2004; Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998; Palomar, 1999).

En el presente estudio se han considerado los antecedentes sobre el sentir de las mujeres dentro de estas relaciones con los abusadores o dependientes al alcohol, ya que se vislumbró importante tomar en cuenta la severidad de la dependencia a la sustancia (alcohol), para determinar la existencia de algún tipo de relación entre ésta y el sentir de sus familiares mujeres.

Para hablar del sentir de las mujeres fue preponderante incluir una herramienta psicométrica (la cual se adaptó en esta investigación) que permitiera medir estadísticamente el sentir de las mujeres desde la categoría de sobrecarga. La inclusión y adaptación partió del supuesto de que la sobrecarga (concepto de origen geriátrico) no es un sentir exclusivo de las y los cuidadores de pacientes geriátricos, psiquiátricos o neurodegenerativos (Artaso, Goñi & Biurrun, 2003; González, Graz, Pitito & Podestá, 2004; Leal, Sales, Ibáñez, Giner & Leal, 2008; Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980), por ello no sólo resultaría ser un instrumento válido para cuidadores de estos pacientes (Martín, Puyo, Lanz, Nadal & Abad, 1997) ya que en el proceso natural de la enfermedad (dependencia al alcohol) son las mujeres en su convivencia con los afectados, las que se encargan

de la atención (velar el sueño, aliviar las resacas, llevar el sustento económico al hogar) y de las numerosas funciones que cumplen dentro y fuera del hogar.

En esta investigación se nutrió desde la discusión teórica, el constructo de sobrecarga, echando mano de la perspectiva de género para la comprensión no sólo de la percepción de las mujeres con respecto al padecimiento del abuso o dependencia al alcohol de alguno de sus familiares, sino de lo que implica en el contexto urbano mexicano, ser una mujer que se siente agobiada, estresada o que experimenta sintomatología afectiva (Burin, Moncaraz & Velásquez, 1991), aunado a las funciones que socialmente se les designan y a las desigualdades evidentes en los espacios públicos y privados entre ellas y nosotros (Lamas, 2006).

1. Relevancia social sobre el uso de alcohol

*La civilización es mierda
destilada, embotellada y de curso legal.*

Silvestre Revueltas

El consumo de alcohol es una práctica común en el mundo, se consume en todos los continentes, en diferentes tipos y de diferentes maneras. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que aproximadamente 2 billones de personas consumen bebidas alcohólicas en el mundo y que 76.3 millones de éstas padecen algún Trastorno por Uso de Alcohol, destacando que la ingesta de alcohol causa más muertes en hombres y mujeres con edades entre los 45 – 59 años (World Health Organization, 2004).

Bloomfield y colaboradores (2003) diferenciaron el consumo de alcohol en diferentes países, refiriéndose a culturas con un consumo húmedo y culturas con un consumo seco, definiendo a las primeras, como aquellas culturas donde el consumo de alcohol está presente en la vida cotidiana (fácil de conseguir), y a las segundas como aquellas culturas donde el consumo de alcohol está más restringido y no forma parte de actividades cotidianas como comer.

La contribución del abuso y la dependencia al alcohol al suicidio, al homicidio, a las lesiones y a la diseminación de enfermedades transmisibles está ampliamente establecida (Toumbourou *et al.*, 2007). En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana* (Organización Mundial de la Salud, 2002), se reporta que el 4% de la carga de morbilidad y el 3.2% de la mortalidad mundial son atribuibles al alcohol, y que éste representa el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo con baja mortalidad, y el tercero en los países desarrollados.

Muchos son los estudios a nivel mundial que se han ocupado de brindar información importante en materia de uso, abuso o dependencia al alcohol, mientras que otros tantos se han dirigido a abordar los problemas que esto ocasiona al interior de la familia. Se podrían clasificar las investigaciones que en el mundo abordan esta problemática en tres grandes vertientes:

1. Identificación de factores protectores y de riesgo para desarrollar algún TUA o algún trastorno psiquiátrico.
2. El consumo de alcohol asociado a violencia doméstica, problemas económicos y formas en que la familia afronta la problemática.
3. Descripción de los malestares psicológicos de las y los familiares de dependientes o abusadores de alcohol.

Son estos últimos los de menor frecuencia en el planeta. México es uno de los países donde se han desarrollado importantes investigaciones sobre la problemática del consumo de alcohol dentro de las familias.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el 2001-2002, un 13.9% de la población presentó algún trastorno mental en los últimos 12 meses, el más frecuente en los hombres fue la dependencia al alcohol, con una prevalencia del 3.7%, en comparación con el 0.2% para las mujeres (Medina-Mora *et al.*, 2003).

1.1 El alcohol en México

“Con la tarde que acaba se van también acabando las esperanzas. Y todas preguntan unas a otras si ellas saben algo, como si fuera posible saber algo entre cuatro muros...” (Revueltas, 1989)

A consideración del que escribe; el músico Silvestre Revueltas es tal vez el más grande artista que la nación mexicana ha brindado. Sin embargo, y para el acercamiento que aquí compete, se podría asegurar que ha sido el más grande creador alcohólico que, en México y desde la cuna de Durango, se ha dejado ver.

En 1939 el músico (Silvestre Revueltas) fue internado en el Sanatorio del Doctor Falcón a raíz de una crisis alcohólica, ya para ese año su producción sinfónica era basta y casi completa. Lo anterior sirve como camino para al menos dos vertientes introductorias que se pretenden aquí. La primera; en México, la problemática del abuso de alcohol es un fenómeno latente desde hace ya varias

décadas. La segunda; el cuestionamiento del modelo psiquiátrico para el tratamiento de adicciones de ese momento histórico.

Dentro del tema sobre el uso de alcohol se han llevado a cabo cuantiosas aseveraciones con base en investigaciones científicas, dentro de las cuales destaca la del actual consumo explosivo de las bebidas embriagantes. Sin embargo, ha sido frecuente que se omitan sus antecedentes más remotos, por tanto, concluir que en México nunca se ha generado una cultura de la bebida embriagante es una tergiversación informática de los datos históricos que se han interpretado.

En el México antiguo, el pulque (fermento de consumo elevado aún en la actualidad) y el colonche (fermento de tunas, aunque en Zacatecas se conoce actualmente como destilado de tuna), se utilizaron no sólo como complementos alimenticios, sino como brebajes reverenciales en los Telpuchcallis, calmecas y cuicacallis, todas, casas de educación, iniciación espiritual, guerrera y artística. El pulque, fungía además como energético para los mensajeros en sus travesías (Motolinia & Sahún; en León Portilla, 1982). El consumo excesivo de pulque o colonche en el México antiguo era estigmatizado negativamente en aquella construcción social, pues como Humboldt escribió:

“...los pueblos de casta otomita, totonaque y mixteca no son aficionados al octli (aguamiel), ni al neutli (pulque)... (Humboldt; en García, 1988).

El siguiente acontecimiento cronológico sobresaliente relacionado con el consumo de alcohol en México, se puede leer en novelas o cuentos (Traven, 1994, 2001; Galeano, 1993; Benítez, 1982) que tiene como escenario las minas de Zacatecas y San Luís Potosí, o los ingenios azucareros en Yucatán, Tabasco y Campeche, o los aserraderos (el hurto de maderas finas) de Chiapas y Veracruz; todo ello ubicado en la temporalidad de del siglo XVII.

Los cuentos o novelas pueden contener (y de hecho la contienen) información beatificadora para el sector campesino (esclavo) mexicano, pero, y aunque la información es presentada desde los dones sentimentales que brinda el

género narrativo, existe una constante en la gran mayoría de ellas: muchos de los obreros, campesinos y mineros eran invitados por el capataz a una tarde o un día de juerga, donde por supuesto, las mujeres y principalmente el alcohol se encontraban presentes. Después de la festividad, en donde el exceso del consumo de alcohol había sido casi una obligación, el obrero se encontraba ante la calamidad que omitió en su festejo: una deuda impresionante con el dueño del ingenio, mina o aserradero, obligando al deudor a dedicar su vida toda al desmesurado intento de pagar las deudas, que dicho sea, nunca terminaban, pues además de la deuda ya extensiva, a muchos mineros y leñadores (principalmente), se les pagaba en especie con mezcal, aprovechando así los dueños de minas e ingenios, para llevar prostitutas que ayudaban a los asalariados a gastar su sueldo en especie para cooperar con el aumento de la deuda del trabajador, pues los servicios de las prostitutas no se incluían en el sueldo.

Ya para la década del 70 del siglo XX había algunas instituciones como: La Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), el Centro de Salud Comunitaria San Rafael, la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM Xochimilco), la Asociación Nacional de de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, el Instituto Nacional Indigenista y el Instituto Nacional de Nutrición, las cuales que se dieron a la tarea de ocuparse de la problemática del alcoholismo desde diferentes perspectivas (Berruecos; en Molina, Berruecos & Sánchez, 1983).

Es precisamente en esta misma década cuando en el abordaje sobre el problema del alcoholismo comienza a considerarse un tema prioritario (los problemas relacionados con éste). Las consideraciones sobre las consecuencias sociales, familiares, ambientales y de la comunidad en general, que ocasiona un abusador o dependiente al alcohol debido a su consumo, fueron sujeto de investigaciones tanto sociológicas, como antropológicas y psicológicas (Elizondo; en; Molina et al, 1983). Un ejemplo de las investigaciones que se realizaron sobre las mencionadas consecuencias son las que se llevaron a cabo en los 70's desde la perspectiva antropológica, en los que se realizó una revisión sobre algunos aspectos donde el consumo de alcohol pudiera haber estado involucrado,

encontrándose que de los 452 640 matrimonios que se llevaron a cabo en 1973, 45 264 terminaron en divorcio y 11 326 en separación, y en todos estos casos el alcohol estuvo vinculado al divorcio o separación. Por estos mismos años se averiguó que el 64% de los delitos contra las personas se comenten en estado de ebriedad, mientras que en 1976 se reportó que el 51% de los lesionados y el 15% de los accidentes de tránsito tenían como causa común el uso de alcohol. (Berruecos; en Molina *et al.*, 1983).

Es indudable que en nuestro país el problema con el uso y abuso de alcohol es de importancia preponderante. Sin embargo, la presente investigación está mayormente enfocada a los problemas asociados que esta problemática ocasiona en la familia, focalizando un mayor énfasis en las mujeres que conviven y que desarrollan actividades de atención para los dependientes o abusadores de etanol.

1.2 Epidemiología del consumo de alcohol en México

En la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ) realizada en México con datos del año 2000, con una N = 33634860, se reporta que el 41.4% de los jóvenes entre los 12 y 29 años de edad consideraron tener prohibido el consumo de alcohol, 9.5% reportaron necesitar permiso. 16.3% de los jóvenes hombres encuestados dijeron decidir por ellos mismos sobre el consumo de alcohol, mientras que en las mujeres este porcentaje fue de sólo 6.4% (ENJ, 2005).

Cuatro han sido las Encuestas Nacionales de Adicciones que se han llevado a cabo en nuestro país, con el objetivo de poseer datos epidemiológicos sobre la ingesta de alcohol y otras sustancias. En los resultados más recientes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002); se recabó información de 31 393 657 hombres y a 38373410 mujeres con edades de entre 12 y 65 años, de los cuales el 78.63% de los hombres y el 53.60 de las mujeres dijeron haber consumido alcohol al menos una vez.

Los datos analizados en la Encuesta sugieren que las mujeres tienen un consumo más elevado con respecto a otros años, 5 copas o más por ocasión una

vez al mes; 1.5% en 1998 y 2.7 en 2002 (ENA, 1998; ENA, 2002). En cuanto a la cantidad consumida por hombres y mujeres, se observó que el 21.16% de los hombres que consumen alcohol reportan beber de tres a cuatro copas al día, mientras que las mujeres que reportan este patrón de consumo son el 18.80%, dejándose ver con estos porcentajes que los hombres consumen una mayor cantidad de etanol que las mujeres. En la misma encuesta pero con un patrón de consumo de 1 a 2 copas al día, las mujeres destacan significativamente en la descripción de los datos, 30% de mujeres con este patrón de consumo en comparación con el 17.07% de los hombres (ENA, 2002). Estos datos sugieren que más mujeres consumen entre 1 y 2 copas en comparación con los hombres donde el patrón de consumo no es más elevado, lo cual podría explicarse de la siguiente manera: si un hombre y a una mujer beben la misma dosis de alcohol absoluto por kilo de peso corporal, la mujer alcanzará una mayor concentración de alcohol en sangre, ya que las mujeres presentan una menor cantidad de deshidrogenasa alcohólica por lo que con una pequeña ingesta se logra la intoxicación con mayor facilidad que en los hombres (Mattson, 1994).

En la ENA (2002) se reporta que en la población urbana existen 13'581,107 hombres (72.2%) y 10'314,325 (42.7%) mujeres que consumieron alcohol en los doce meses previos al estudio. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años (8.339 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades, el mayor consumo se reportó en el grupo de entre 40 y 49 años. En la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto, (con consumo mensual con cinco copas o más por ocasión), (16.9%) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%) seguido por el moderado alto con 2.7%.

En cuanto a los problemas asociados al consumo de alcohol en la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) se reporta que 2, 141,429 hombres dicen haber

comenzado una pelea con su pareja cuando se encontraban bajo los efectos del alcohol, mientras que 202,290 mujeres reportaron lo mismo. Estos datos muestran a grosso modo los efectos del consumo de bebidas alcohólicas en las relaciones de pareja. Otros datos demuestran que tanto para las mujeres como para los hombres, el lugar donde mayor mayormente consumen alcohol es en sus hogares (59.11% de los hombres y 47.33% de las mujeres).

En un estudio realizado en el Centro del Distrito Federal (En un centro de atención especializado para alcohólicos), se encontró que de 118 hombres consumidores de alcohol, el 50% refirió haber tenido problemas sexuales con su pareja, el 52% mencionó haber sido infiel, el 70% dejó alguna vez a su pareja y un 75 % reporto haber sido violento e injusto con su familia en general. Es relevante destacar que otro de los hallazgos de este estudio fue que el 56 % de los 118 consumidores de alcohol acudió a pedir atención en compañía de un familiar y fue el 20% de la misma muestra los que reportaron los problemas familiares como causa principal (sólo por debajo de problemas psicológicos y emocionales con un 24%) del alcoholismo (Turull, 1982).

1.3 Uso, abuso y dependencia al alcohol

Cuando se hace mención al consumo de alcohol, las referencias pueden ser diversas, pues los patrones de consumo son difíciles de estandarizar. En cualquier debate sobre los problemas relacionados con el alcohol, es imperante distinguir entre «consumo», «abuso» y «dependencia». Para aclarar a que se refiere cada una de estas y cuáles son sus diferencias, es pertinente utilizar como marco de referencia, el de la medicina, ya que la unificación de criterios y estandarización de conceptos se encuentran mayormente regulados y son utilizados de forma universal.

Bajo este contexto la categoría de consumo se utiliza para referirse a cualquier ingesta de alcohol. El término de consumo de alcohol de bajo riesgo se utiliza para indicar que el consumo está dentro de las pautas legales y médicas, y que es poco probable que derive en problemas relacionados con el alcohol. El

abuso de alcohol es un término general para cualquier nivel de riesgo, desde el consumo de riesgo hasta la dependencia de alcohol.

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised DSM IV-R (2004) se define abuso como: un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno a más de los siguientes criterios en los últimos 12 meses.

- 1) consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
- 2) consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.
- 3) Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol.
- 4) Consumo continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes problemas interpersonales causados o exacerbados por la sustancia.

El diagnóstico puede ser concretado si y sólo si; los síntomas presentados nunca han cumplido criterios para dependencia.

El síndrome de dependencia al alcohol es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Un diagnóstico de dependencia sólo debe efectuarse si están presentes en algún momento de los últimos doce meses, tres o más de los siguientes síntomas:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol;
- Dificultad para controlar el consumo de alcohol: bien para controlar el inicio del consumo, para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida;
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, o consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia;

- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas;
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol;
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Basándose en la información se puede concluir que: el término de abuso y dependencia al alcohol se diferencian básicamente en la presencia o ausencia de la tolerancia (puede ser invertida) y abstinencia (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995).

Debido al desacuerdo entre las categorías de alcoholismo y dependencia algunos autores buscaron cuantificar las diferencias individuales del grado de deterioro físico, psicológico y social que causan los Trastornos por Uso de Alcohol (TUA) a partir de investigaciones desarrolladas en los años setentas por Skinner, Horn y Wanberg en la ciudad de Toronto en Canadá, estas condujeron a la creación del Modelo Síndrome-Múltiple de Alcoholismo, modelo a partir del cual se dio origen al Inventario de Uso de Alcohol (Skinner, Horn, Wanberg & Foster, 1984).

Por todo lo anteriormente expuesto es pertinente hacer la aclaración; en el presente estudio las categorías abuso o dependencia se utilizan indistintamente, y se utilizara el término de Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) para referirse a ambas, ya que en la evaluación sólo fueron 2 participantes los que no cumplieron con los criterios de abuso o dependencia al alcohol. Es menester también el aclarar que cuando se habla de consumo, consumidores de alcohol o bebedores, se hace porque en varias de las investigaciones revisadas no se partió del supuesto de un diagnóstico, sino únicamente de la ingesta.

2. La familia en las adicciones

En materia de salud pública, el atender la demanda de la población no sólo en función de la patología presentada por algún miembro de la familia que sea dependiente o abusador de etanol es harto importante, los servicios de salud a través del tiempo se han visto obligados por la demanda, a optimizarse no sólo para cubrir con la atención biológico-orgánica de un dependiente al etanol, sino también para atender el aspecto emocional, psicológico y las implicaciones que tiene el consumo de éste dentro de su familia, así como para cada uno de los miembros de la misma.

En un intento para dar respuesta a estas demandas sobre la afectación en el ámbito familiar de los dependientes o abusadores de alcohol, el Instituto Nacional de Psiquiatría (Antes Instituto Mexicano de Psiquiatría) creó el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) en 1977. En sus inicios el CAAF brindó atención principalmente a hombres del centro de la ciudad de México con las siguientes características: edades de entre 20 y 49 años de edad, de religión católica, con una mayor proporción de nivel educativo de primaria inconclusa, demanda de atención primordialmente médica y reportando consumir bebidas embriagantes por problemas emocionales (Puente & Tenorio, 1982).

Desde su creación, el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares brinda apoyo y orientación a la familia sobre el cómo enfrentar los problemas que le crea la adicción de alguno de sus miembros (Natera, 1996).

El CAAF es sólo una de las instituciones que se ocupan de la atención de las adicciones no sólo como un trastorno orgánico, sino como un padecimiento que en su proceso, desarrolla paralelamente una gran cantidad de problemas médicos y comunitarios asociados tanto en los ámbitos individual, familiar, así como social, mismos que van acompañados del deterioro de la persona adicta a la sustancia (Medina, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz & Tapia, 2001).

La familia es en México, la institución primaria para el desarrollo de cualquier persona, el sistema familiar con cada uno de sus miembros, es

importante no sólo para el tema que atañe a este estudio, sino para la formación y creación de alternativas de solución ante situaciones problema en general (Piaget, 1971; Vigotsky, 1982).

En lo que respecta al abordaje científico de la familia en las adicciones, dos son las grandes vertientes de las que los investigadores(as) se han valido para la articulación de protocolos sobre acercamientos teóricos. La vertiente cognitivo conductual (tal vez la de mayor desarrollo en nuestro país), que aborda a la familia del dependiente o abusador de etanol, considerando a ésta como capaz de aprender métodos de hacer frente a la problemática del Trastorno por Uso de Alcohol de alguno de los miembros. Entendiéndose por afrontamiento a 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 y de la familia (Burijovich, 2001).

En nuestro país han destacado sobre este acercamiento teórico, las investigaciones realizadas por Guillermina Natera, por ejemplo en una investigación realizada con 100 familiares de consumidores de alcohol y drogas, se describieron los datos de la siguiente manera: el 50% de las familias tenían problemas por el consumo de alcohol y el resto por consumo de otras drogas. Se entrevistaron a 20 madres y 20 esposas, de las cuales 70% de las madres y 35% de las esposas dijeron dedicarse al hogar y tener un nivel académico general de primaria. En la fecha en la que se realizó la entrevista, 15% de las mujeres no vivían con el usuario debido a separaciones recientes o a la hospitalización del usuario (Natera, Mora & Tiburcio, 1997). En otro estudio realizado igualmente en la ciudad de México, donde se entrevistaron a 100 familiares de consumidores de alcohol y drogas, los familiares que participaron, reportaron una mayor preocupación por el consumo de los usuarios (70%) con diferentes roles dentro de la familia, aunque la mayoría eran principalmente madres y esposas. (Natera *et al.*, 1999).

En México (e Inglaterra) se observó que las familias tienen una mayor tolerancia hacia el consumo de alcohol que de drogas, esto especialmente en

México (Mora, Natera & Orford, 1998), debido a que en nuestro país, en la construcción y socialización del género, somos los hombres los que gozamos de la permisividad social para consumir sustancias. Siendo históricamente las mujeres las que soportan y toleran por función social, estas actividades dentro del sistema familiar.

Natera & Mora llevaron también a cabo una investigación en 1993 acerca de las atribuciones hacia el consumo de drogas, hallando que las madres de los usuarios se responsabilizan a sí mismas del consumo de sus hijos, por no haber ejercido control sobre ellos y no haberles dado el afecto necesario.

Desde la vertiente estructuralista por su parte, varios autores han manejado el tema de la familia en las adicciones, considerando a esta como una unidad vital para la reproducción biológica y el desarrollo cultural humano, dinámica por proceso evolutivo, cambiante por modificaciones en su contexto y activa en cuanto a la resolución de problemas y toma de decisiones. Pues sólo desde el contexto se puede entender la significación de las diversas manifestaciones familiares: la paternidad y la maternidad, la reproducción y la vida conyugal y sexual, la mortandad, orfandad, el poder y la dependencia interna familiar, la desocupación y el consumo doméstico de alcohol, el cual es considerado desde este acercamiento teórico como un síntoma, como una voz emergente de que en la familia algo está sucediendo, esquematizando a la familia del alcohólico con un padre periférico y una madre al mismo nivel de los hijos (Minuchin; en Tenorio, 2002).

Desde este marco conceptual el ambiente familiar de cualquier abusador o dependiente de alguna sustancia resulta sobresaliente, no sólo por su intervención directa con el (la) afectado(a), sino porque es en frecuentes ocasiones la familia (algún familiar) la que busca el apoyo para el consumidor de sustancias, convirtiéndose así en los y las responsables de que él o la afectado (a) reciba tratamiento especializado (Tenorio & Mendoza, 1998).

La composición familiar también se ha asociado con el consumo de drogas. En un estudio financiado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) en 100 ciudades, se determinó que el índice de uso era menor

entre los niños, las niñas y los adolescentes trabajadores que vivían en familias intactas (3.4% habían usado drogas), el uso de sustancias tendía a incrementarse cuando se trataba de familias uniparentales (7.1%). Cuando la familia había sido reconstruida el riesgo de uso de sustancias aumentó (15.6%), acercándose a un nivel más elevado cuando el menor había formado su propia familia en la calle (28%) y alcanzó su máxima expresión en el caso de los menores que no vivían en familia con un 46% (Medina *et al.*, 2001)

Es de consideración para esta investigación reconocer el conocimiento científico que se ha generado en adicciones sobre la familia como institución. En 1998 Tenorio y colaboradores, llevaron a cabo la descripción de algunas características sobre los familiares que acuden a solicitar atención, destacando que casi en su totalidad fueron mujeres (esposas y madres) las familiares que acudieron al CAAF en solicitud de ayuda.

La familia puede y de hecho lo es; un factor de alta influencia para el tipo o intensidad de consumo de alcohol y drogas de sus integrantes, así como un factor de protección para generar dependencia a sustancias. Ésta resulta igualmente importante en el tratamiento, pues el sólo hecho de que el consumidor de etanol acuda al servicio acompañado de algún familiar, es una variable predictora de adherencia al tratamiento desde los 3 a los 12 meses de tratamiento (Linares, Palau, Albiach & Santos 2002).

El consumo de sustancias es un problema social en tanto que afecta no sólo al que lo padece, sino que trae consecuencias graves en su sistema laboral, social y familiar, siendo este último el más cercano a la problemática, el más afectado y en donde se contienen los embates del deterioro de uno de sus miembros por el abuso o dependencia al alcohol y/o drogas

2.1 Consecuencias del consumo de sustancias en la familia

Para referirse en este estudio a la familia, además de los antecedentes de estudios previos, se consideró de suma importancia la inclusión de la perspectiva de género como paradigma constructivista crítico, para hacer mayor énfasis en las

desigualdades del ser mujer dentro del sistema familiar y de las condiciones que se ha gestado de manera histórica para replegar las mujeres a la actividad doméstica principalmente y con ello a las funciones de atención y demandas de afecto y cuidado dentro del hogar. Anthony Giddens (2004), hace referencia a los experimentos de cada día como los cambios sociales más amplios y cotidianos, donde se transfigura la existencia interpersonal así como la construcción simbólica. En México los estudios realizados en materia de adicciones desde una perspectiva social, se han visto “obligados” a referir las consecuencias que esto trae no sólo para la persona afectada, sino para su ambiente, encontrándose indudablemente en éste: la familia.

Continuando con la reflexión de Giddens (2004), si los experimentos de cada día se encuentran inmersos en la vida cotidiana, y si la vida cotidiana de algunas familias se encuentra en la proximidad de un consumo de alcohol patológico por uno o varios de sus miembros, es de probabilidad alta que estas familias tengan una problemática mayor al momento de enfrentar los experimentos de cada día. Se ha documentado que las mujeres, particularmente madres y esposas de usuarios de alcohol y drogas, no sólo se responsabilizan y hacen frente al consumo de un familiar cercano sino que son más susceptibles de padecer las repercusiones negativas del consumo, además de que a menudo son ellas objeto de violencia física y verbal por parte de los usuarios de drogas (Mora *et al.*, 1998).

En repetidas ocasiones los TUA dentro del sistema familiar acarrear consigo la legitimación de la violencia ejercida hacia la pareja o hacia otros miembros de la familia, como los hijos, por parte del jefe de familia. Estos actos sin duda afectan las relaciones conyugales (Glantz-Wright, Martínez, Tinoco-Ojanguren & León, 2004; Natera *et al.*, 1999; Tenorio *et al.*, 1998) y con ello el sentir de las mujeres en la percepción de sus propias relaciones no sólo con sus parejas sino con los hijos(as) e inclusive en sus relaciones sociales.

Dentro de las áreas sociales que deterioran las adicciones, la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera *et al.*, 1999). Tenorio y *et al.*, (1998) realizaron un

estudio con 20 familias de bebedores, donde concluyeron que en todas las familias participantes los hijos presentaron diversos síntomas, siendo los más frecuentes, los problemas de conducta, aprendizaje, alcoholismo y depresión, agravándose el panorama doméstico.

Las personas que conviven cotidianamente con usuarios de alcohol o drogas están expuestos a una serie de experiencias desagradables - de las que no son directamente responsables – mismas que dan pie a la aparición de diferentes síntomas de tensión o de estrés que se manifiestan a nivel psicológico y físico (Tiburcio & Natera, 2003).

Estas consecuencias dentro del sistema familiar no son sólo notadas por las y los familiares de los usuarios de alcohol y drogas. Los propios usuarios perciben que su consumo de sustancias trae problemas en su entorno. Ellos reportan en mayor proporción, los problemas que ocasionan en sus familias, seguidos de problemas nerviosos y psicológicos, todos estos como derivados de su abuso o dependencia (Ortiz, Soriano, Meza, Martínez & Galván, 2006).

El grado de afectación a largo plazo que los TUA de algún familiar desencadenan sobre todo en las mujeres, puede observarse en lo hallado por Romero, Rodríguez & Campillo (1999), donde reportaron, en un estudio realizado con mujeres consumidoras de sustancias, que ellas en su infancia crecieron dentro de un contexto de uso de alcohol y drogas, en algunos casos por parte de ambos padres y en otros sólo por el jefe de familia. Las mujeres que participaron en este estudio percibían a sus papás como ausentes del lecho familiar y distantes afectivamente. La mayoría de los padres de las entrevistadas eran consumidores de alcohol y drogas.

En este estudio de Romero et al. (1999) no sólo se describe la dinámica del padre consumidor dentro del sistema familiar, además se deja ver otra consecuencia de las adicciones dentro de la familia, siendo ésta el consumo de sustancias de algún otro miembro, principalmente los hijos (Landeró & Villareal, 2007). Todas las entrevistadas relataron además: episodios de violencia física graves perpetrados por los padres, padrastros o madres, destacando que todas la

participantes dijeron haber presenciado escenas de violencia doméstica. (Romero *et al.*, 1999)

Una consecuencia más que podría inferirse es la de la afectación de la confianza de la familia y el deterioro de la seguridad de cada uno de sus miembros, pues se ha documentado que en las familias donde existen problemas de adicciones por parte del padre, las mujeres toman la mayoría de las decisiones familiares, describiéndose a sí mismas como dependientes, inseguras y pasivas (Natera *et al.*, 1997).

2.3 Alcohol y Familia

Ya se ha mencionado que en la década del 70 surgieron varias investigaciones desde la perspectiva social sobre el alcohol. En 1983, Francisco Turull sugería áreas de tratamiento, como la familia y el lugar de trabajo, las cuales definía como instancias significativas en el proceso adictivo. Siendo él mismo (1982) el que reportara en una investigación realizada en el CAAF que, de 118 hombres consumidores de alcohol, el 50% refirió haber tenido problemas sexuales con su pareja, el 52% menciona haber sido infiel, el 70% dejó alguna vez a su pareja y un 75 % reporto haber sido violento e injusto con su familia en general. Otros de sus hallazgos fueron que 56% de los 118 consumidores de alcohol acudieron a pedir atención en compañía de un familiar y fue el 20% de la misma muestra los que reportaron los problemas familiares como causa principal (sólo por debajo de problemas psicológicos y emocionales con un 24%) del alcoholismo. (Turull, 1982). Ya en México y dentro del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, estos datos encontrados por Turull, muestran la gravedad que traen consigo los TUA dentro de la familia, vislumbrándose con cierta obviedad el severo grado de afectación que sobre las mujeres recaía.

Años más tarde en una comparación entre los solicitantes de dos diferentes centros que se ocupan de la atención a dependientes al alcohol, el Centro de Asesoría, Prevención y Rehabilitación de Adicciones (CAPRA) y el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) se obtuvieron algunos otros

hallazgos relacionados igualmente con los problemas asociados al uso de alcohol dentro de la familia, como; el 79.9% de 211 solicitantes que participaron por parte del CAPRA y el 94.1% de 203 solicitantes que participaron del CAAF reportaron haber tenido problemas familiares asociados al consumo de alcohol (Mariño, Medina & De la Fuente, 1999).

Se ha señalado la importancia de la familia en materia de adiciones, sin embargo, se pretende aquí destacar las consecuencias que se vierten dentro del sistema familiar por los TUA de alguno de sus miembros, ya que el tema de este estudio se encuentra centrado en familiares mujeres de abusadores o dependientes de etanol.

Con respecto a estas consecuencias generadas específicamente en familias mexicanas, Palomar (1999) concluyó en una investigación sobre el funcionamiento familiar y la calidad de vida de familias con un miembro alcohólico, que existían diferencias significativas entre el funcionamiento familiar de los alcohólicos con respecto a los no alcohólicos. La diferencia indicó que existe un mejor funcionamiento y una mejor calidad de vida en la muestra de las familias donde no había problemas de alcoholismo (Natera, 1982). También se han reportado discusiones o riñas con la pareja o hijos por efecto del consumo de alcohol, siendo éste un obstáculo para el bienestar de la pareja (Heise, 1998; Torres, 1991; Puente *et al.*, 1982), en particular de la salud mental de las mujeres.

Se puede afirmar que un bebedor excesivo causa muchas interrupciones en la familia, pues crea problemas entre la pareja y entre los hijos, cuando los hay, ya que se ha reportado que el consumo excesivo de alcohol en la pareja o bien de algún integrante de la familia, es causa de una variedad de problemas que van desde lo económico hasta la violencia física y/o verbal entre los elementos de ese sistema (Tenorio, Figueroa & Natera, 1999; Natera, 1982),

El que dentro de este sistema haya un miembro dependiente al alcohol es a su vez un factor de riesgo mediato: riñas, discusiones, violencia verbal y física, problemas económicos. Sin embargo; también lo es en un futuro no inmediato, dado que uno de los principales factores de riesgo, además de principal predictor para el consumo de los adolescentes, es el consumo de alcohol por parte del

padre. (Landro *et al.*, 2007). En mujeres alcohólicas hay mayor índice de antecedentes de alcoholismo familiar, particularmente en padres, en comparación con la población masculina alcohólica. Variables como violencia de los padres, experiencias de privación afectiva por parte de los padres, trastorno mental, patrones patológicos de interacción familiar, cobran importancia en la etiología del alcoholismo (Casco & Natera, 1990)

3. Las mujeres como prestadoras de servicios domésticos

“Cuando una mujer tenga conducta desordenada y deje de cumplir con sus obligaciones en el hogar, el marido podrá someterla a la esclavitud. Esta servitud puede, inclusive, ser ejercida en la casa de un acreedor de su marido”

Código Hamurabi, siglo XVII A.C.

Resultaría complicado el diferenciar dentro de una familia a los miembros que cuidan y a los miembros que conviven, esto es porque dentro de la dinámica cotidiana de la familia es seguro que cualquier miembro, en distinto nivel, cumple, cumplió o cumplirá con la función de cuidar, atender o apoyar a otro miembro con dependencia o abuso de alcohol. El acto concreto de atender, encargarse de algo o de alguien, encargarse de que algo no afecte a alguien, de que alguien no se afecte, estar atento(a) a las modificaciones de algo o alguien dentro del proceso histórico humano tiene ya un devenir histórico antiguo. Es en este acto de prestar servicios dentro del hogar donde las mujeres han sido las principales afectadas, además de ser las principales, y en algunos casos, las únicas miembros de la familia que llevan a cabo esta tarea.

Las mujeres han sido y son convertidas en objetos, cuyas funciones principales son procrear y cuidar el ámbito familiar (Foucault, 1995). Sin embargo al hablar de funciones no se hace referencia aquí a papeles sociales o roles de género, pues las opciones de explicación binaria no permiten ver procesos sociales y culturales mucho más complejos, en los que las diferencias entre hombres y mujeres no son aparentes, ni están claramente definidas. Por ello al estudiar los sistemas y las desigualdades de género se debe considerar que no representan la asignación funcional de papeles sociales biológicos prescritos sino un medio de conceptualización cultural y de organización social. (Conway, Bourque & Scott, 1987 en Lamas 1996)

Este proceso de conceptualización requiere mención especial, por la vinculación que el poder tiene en la construcción simbólica del acto de desarrollarse en el ámbito doméstico, con el acto de vigilar. El poder en el espacio

doméstico y en una relación al interior de la familia puede ser entendido como ya lo definió Foucault (1984):

“la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio que ejercen, las cuales son constitutivas de su organización; el juego, a través de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema; por último, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general y cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales”.

El poder es en esta relación y en cualquier otra, una condición que permite precisamente relacionarse con otro ser humano, y dentro de la familia no es la excepción, de modo que las mujeres que no cumplen con la función que la relación de poder dentro de la familia les exige, serán simbólicamente castigadas con la intención de cumplir al menos dos funciones: obligarlas a cumplir con la función deseada y controlar su existencia actuando como jueces de la forma en que dirigen su actividad (Foucault, 1995)

3.1 Reseña histórica de las funciones de las mujeres en la esfera privada

Para continuar en esta línea es menester reconocer, que buscar un argumento científico de las mujeres como cuidadoras llevaría casi a cualquier investigador a iniciar el texto con referencias de principios del siglo XX. La filosofía occidental, oriental e inclusive la mesoamericana hablaron y generaron el conocimiento sin hacer mención de las desigualdades de género entre hombres y mujeres. Los filósofos que se ocuparon de mencionar a las mujeres lo hicieron en su mayoría de forma peyorativa, despreciativa y despectiva, como ejemplo de ello

se encuentran Sócrates, Descartes, John Luke (este último, además era accionario de un convenio internacional que traficaba esclavos) o Santo Thomas de Aquino, siendo éste, miembro destacado de la Iglesia Judeo-Cristiana. Es precisamente en este ámbito religioso donde se encuentran las primeras referencias sobre la acción de las funciones “destinadas” de cuidar y servir de las mujeres.

La Biblia brinda ya un articulado y sedimentado argumento sobre las funciones sociales que la mujer, creada de la costilla de Adán, “debía” cumplir.

“No es bueno que el hombre viva solo; le vamos a hacer otro ser de su especie para que lo ayude... Multiplicare tus tristezas... tu marido...será tu señor”

Asignándole en este ejemplo Dios al hombre (Adán): poder sobre las decisiones de su entorno, y a la mujer (Eva): sumisión, apoyo y respeto ante tales decisiones. La iglesia es y ha sido una de las grandes instituciones preocupadas por dirigir y regular la esfera privada, el ámbito domestico (Hertling, 1964). En el siglo XVI las mujeres que se acercaron al conocimiento tradicional de las plantas, la tierra y los fenómenos astronómicos fueron condenadas por la iglesia (por medio de la Santa Inquisición) (Vidal, 1999). La condena estaba argumentada por el conocimiento mágico y la brujería, sin embargo estaba igualmente relacionada con un mecanismo de control domestico: el corromper las funciones naturales de las mujeres.

Durante la Ilustración se maximiza la producción de inmuebles eclesiásticos que cumplirían la función de conventos, donde ingresaban mujeres con el objetivo de dirigir su devoción metafísica de servir y honrar a Dios, en este acto de servidumbre al ser omnipotente y omnipresente, se cumplían de forma adyacente algunas otras funciones de servidumbre, dirigidas a satisfacer algunas de las necesidades de los obispos, sacerdotes y del clero en general (Hertling, 1964).

Durante la primera y segunda Guerra Mundial, fueron las mujeres las encargadas del cuidado de mutilados, abandonados y enfermos. En México, en

1985 fueron enfermeras y costureras las creadoras de los primeros contingentes y brigadas que ayudaron a los damnificados del sismo. Dentro del ámbito asistencial son en su mayoría mujeres las que laboran o brindan estos servicios en Instituciones gubernamentales o sectores privados (Burin, 2002; Burin, Moncaraz & Velásquez, 1991)

Las mujeres han ido quedando como receptáculo de los desechos tóxicos del resto de su familia, no siempre en condiciones de neutralizar, y transformar la sobrecarga afectiva percibida como intoxicante. La posibilidad de descarga de tales afectos tóxicos a menudo se ve inhibida por las mismas mujeres (Burin *et al.*, 1991), producto de que en la construcción ontológica de la feminidad son las mujeres en su mayoría, las que enseñan, promueven y regulan las funciones de otras mujeres dentro de la familia y dentro del sistema social en general y porque las presiones sociales para cumplir con estas prácticas inhibe las posibilidades de optar por otras estrategias, aunado a que el reconocimiento social de las mujeres descansa en estas premisas.

Este acto de suprimir la liberación de las mujeres no sólo por las mismas mujeres, sino en su mayoría por los hombres, se presenta también en materia de salud, incluyendo el uso de sustancias dentro de la familia, pues en su mayoría, los miembros que se responsabilizan de enfrentar el consumo excesivo de alcohol o drogas, son mujeres. Cualquier intento de liberarse de esta subordinación es rápidamente frenada, por otras mujeres, que aparentemente cooperan pero no permiten que el status quo se altere, la norma les sugiere, en el caso de ser esposas, que es mejor permanecer casada, escudándose en una forma muy peculiar de concebir el respeto del otro (Orford, Natera, Casco, Nava & Ollinger, 1993)

En México se ha documentado que las mujeres particularmente madres y esposas de usuarios de alcohol y drogas, se asumen causantes y hacen frente al consumo de un familiar cercano (Natera *et al.*, 1997), siendo éstas (madres y esposas) casi en su totalidad, las familiares que acuden al CAAF en solicitud del servicio, realizando ellas funciones para sus familiares con dependencia o abuso de alcohol, como: curar la cruda, poner sueros, darle medicamentos alopáticos y

homeopáticos, comprarle la botella y realizar algunas otras actividades (Tenorio, Figueroa & Natera, 1999).

3.2 Obligación o elección

Es sin lugar a dudas el ejercicio del servir una actividad ligada con el uso del poder y la conformación de la sexualidad. Tomando como referencia los textos de Foucault, Lagarde y Anthony Giddens se puede definir a la sexualidad como un constructo social, que opera en campos de poder, y no meramente un abanico de impulsos biológicos que se liberan o no se liberan. La sexualidad no debe ser entendida sólo como un impulso que las fuerzas sociales deben controlar. Más bien es un punto de referencia especialmente denso para las relaciones de poder, algo que puede ser utilizado como un foco de control social a través de la genuina energía que, infundida por el poder genera éste (Foucault, 1995; Lagarde, 1996; Giddens, 2004).

Las diferencias que se materializan en el ámbito social entre hombres y mujeres no son la consecuencia de una esencia enraizada en la biología, mucho menos se deben estos a roles “impuestos”. La diferencia sexual y el contexto de la experiencia de vida constituyen al sujeto en tanto tal. Marcadas por la sexuación y por una serie de elementos que van desde las circunstancias económicas, culturales y políticas hasta un desarrollo particular de la subjetividad, las personas ocupan posiciones diferenciales en el orden cultural y político que colocan a las mujeres con menores posibilidades para decidir el curso de los acontecimientos (Lamas, 2006).

En la actualidad cuando una mujer desea salir de la esfera de lo “natural”, es decir; que no quiere ser madre, ni esposa que se encargue del hogar, es estigmatizada como mujer antinatural. (Lamas, 1986; en Lamas 1996). Las mujeres coodependientes han sido definidas por Anthony Giddens (2004) como mujeres atentas, que necesitan dar atenciones a otros, pero que, casi entera o parcialmente en un nivel inconsciente, anticipan que su devoción será rechazada por el beneficiario del o los servicios recibidos, llevándola así a un sentimiento

generalizado de desvalía, simbolizada en el proceso sexuado de las funciones naturales que como mujer debía cumplir dentro del ámbito doméstico (Burin, 2002; Giddens, 2004).

Si las mujeres tienen o no elección dentro del acto de servir, se encuentra en relación al modelo conceptual con el cual se pretenda definir o simbolizar los alcances del bienestar mental de las mujeres. Un ejemplo de lo anterior es el paradigma asistencialista, el cual conceptualiza las funciones sociales de las mujeres, como si fueran naturales y sus posiciones como madres, esposas y amas de casa, las ubica como objetos de políticas asistenciales, y no como sujetos que definen sus propias necesidades (Burin *et al.*, 1991).

Otro modelo utilizado es el psicopatológico, el cual tiene principios biologicistas, a-históricos, individualistas, a-sociales y esencialistas, basado en criterios dualistas de salud enfermedad, que se sustentan en la presencia o ausencia de ciertas condiciones de salud, y que ha patologizado las expresiones de las mujeres que se alejan de la idea de lo que debieran ser sus funciones naturales y que las mujeres cumplen como consecuencia de una desigualdad histórica (Burin *et al.*, 1991)

Dentro del modelo emotivo-sensible se conceptualiza a las mujeres en tanto su capacidad de mantener, preservar y equilibrar los conflictos familiares poniendo énfasis en la racionalización de la sensibilidad femenina, para que cumpla con sus funciones naturales dentro del espacio privado o espacio doméstico (Burin *et al.*, 1991).

Mabel Burin (1991, 2002) hace un análisis de los diferentes modelos utilizados en materia de salud y propone el modelo tensional-conflictivo, mismo en que se encuentra basado el presente estudio, como una alternativa de conceptualizar desde la perspectiva de género, el malestar físico, psicológico y emocional de las mujeres, en el cual se propone identificar a las mujeres como un grupo social que padece condiciones opresivas de existencia, especialmente en sus vidas cotidianas, siendo de interés preponderante el poner singular énfasis en analizar las relaciones de poder inter-género (entre hombres y mujeres) e intra-género (entre mujeres).

Este modelo propuesto por Mabel Burin, permite alcanzar objetivos con mayor inclusión de las distintas problemáticas que las mujeres puedan presentar como consecuencia no del cumplimiento de funciones naturales, sino como consecuencia de la omisión de posibilidades, tergiversación de la información y limitación de recursos en la toma de decisiones.

La salud mental de las mujeres concibiéndola como una situación de conflicto donde se asocia la prevención y la promoción de la salud mental con actitudes de crítica y de debate – no sólo en el terreno intrapsíquico – respecto a las representaciones culturales ofrecidas a las mujeres. En este sentido, este análisis adquiere valor preponderante bajo la noción de la construcción del género sexual femenino y su incidencia sobre la salud mental de las mujeres, como uno de los determinantes claves de la situación de conflicto, pues el fomento de la salud no sólo ha de dirigirse a preservar el elemento biológico del organismo humano, sino que además ha de ocuparse de estimular su vida mental (Burin, 2002).

Al respecto de este modelo dentro de la salud mental de las mujeres Pichon-Riviere (1985) comenta:

“el sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada. La salud mental consiste, según esta perspectiva, en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos”
(Pichon-Riviere 1985; en Burin, 2002)

Esta movilidad y esta dinámica de la situación conflictiva es lo que ofrece mejores garantías para la salud mental de las mujeres según los términos: flexibilidad en lugar de rigidez, creatividad en lugar de la repetición, la participación grupal o comunitaria en vez del individualismo y del aislamiento.

4. La categoría de sobrecarga en familiares de bebedores

“Que las mujeres estén calladas en las iglesias, porque no les es permitido hablar. Si quisieran ser instruidas sobre algún punto, interroguen en casa a sus maridos”.

San Pablo en el año 67 D.C.

A menudo y de manera cotidiana en una utilización coloquial del idioma español se escuchan aseveraciones como: *“es que tiene la carga del trabajo”, “se convirtió en una carga para su familia” o “la carga de la escuela y el trabajo le hizo enfermar”*. Los anteriores son en realidad ejemplos *a grosso modo* de cómo la carga que ocasiona el estar involucrado o participar en alguna situación que requiera de un mayor desgaste de energía (esfuerzo, físico, mental, económico, psicológico y de atención) del que habitualmente utilizamos, puede llegar a provocar algún deterioro en la vida de los involucrados.

El concepto de sobrecarga en el ámbito de médico y de salud se introduce alrededor de los años 60's, la intención fue el incursionar en el conocimiento de los efectos que provocaba en la familia, el mantener dentro de la comunidad funcional a pacientes psiquiátricos (Martín, Puyo, Lanz, Nadal, & Abad, 1997; Montorio, Fernández, López & Sánchez, 1998; Zarit, Reever & Bach-Paterson, 1980).

Los primeros reportes sobre la categoría de sobrecarga se hacen desde el ámbito geriátrico, entendiéndose la categoría en dos niveles; la carga «objetiva» o cambios comportamentales y de autonomía del paciente, con los problemas prácticos que llevan consigo, y la carga «subjetiva» o las actitudes y reacciones emocionales ante la tarea del cuidar (Artaso, Goñi & Biurrun, 2003; Montorio *et al.*, 1998)

En 1980, Zarit y colaboradores se ocuparon en la tarea de crear un instrumento que les permitiera evaluar la sobrecarga en su nivel subjetivo (Feeling of burden), cayendo en la cuenta de que el proceso de cuidar a un anciano con demencia en su domicilio, es complejo, pues generaba un estrés crónico, afectando en mayor o menor medida a la salud física y mental de los y las cuidadoras.

En su tarea dentro del área crearon una escala, que en los debates de su uso es mayormente conocida como Entrevista de Sobrecarga del Cuidador, aunque ciertamente el instrumento es autoaplicable. Este instrumento se ha adaptado en numerosas ocasiones, sobre todo en España tanto para cuidadores de pacientes geriátricos como para cuidadores de pacientes neurológicos y psiquiátricos. En cada una de las validaciones realizadas se han reportado al menos tres factores: 1. *Sobrecarga o Impacto del cuidado*; lo cual se refiere a la carencia de tiempo libre, limitación de la intimidad, deterioro de la salud y deterioro de la vida social, 2. *rechazo o interpersonal*; este se refiere a el deseo de delegar el cuidado del paciente, sentimientos de vergüenza o estados de tensión hacia el miembro que demanda cuidados, y 3. *competencia o expectativas de auto eficacia*; hace referencia a la propia percepción que tiene el cuidador sobre su tarea de cuidar, considerando que puede hacerlo mejor, o que no podrá seguir haciéndolo por mucho tiempo (Martín *et al.*, 1997; Montorio *et al.*, 1998).

La Entrevista de Sobrecarga del Cuidador además de haberse utilizado en el estudio de cuidadores de pacientes geriátricos, neurológicos y neurodegenerativos, también se ha probado en cuidadores de pacientes psiquiátricos. Se ha concluido que la tarea de cuidar comprende un complejo conjunto de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y afectivos, además de afectar las actividades de ocio, las relaciones sociales, amistades, la intimidad, la libertad y el equilibrio emocional de quien o quienes cuidan. (González, Graz, Pitito & Podesta, 2004).

Se ha partido del supuesto teórico de que en el proceso de cuidar son múltiples los factores que intervienen, por lo que existe una gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la situación sobre los trastornos de conducta de algún paciente, pues más que el deterioro cognitivo y funcional, los factores que determinan una mayor sobrecarga son los cuidados y la atención que requieren los pacientes (Artaso *et al.*, 2003; Artaso, Goñi & Gómez, 2001)

Para la inclusión de la categoría de sobrecarga para mujeres familiares que conviven con dependientes o abusadores de alcohol se pretende retomar el concepto original que en 1980 Zarit y colaboradores definieron para cuidadores de

pacientes geriátricos, sin embargo se considera menester enriquecer la categoría desde el propio contexto epidemiológico de los efectos ocasionados por la ingesta patológica de alcohol dentro de la familia, además de sustentar y nutrir el concepto a nivel desde la perspectiva de género.

En el accionar femenino, la vida cotidiana envuelve el conjunto de relaciones que las mujeres establecen con su entorno. Por vida cotidiana se entiende el espacio y tiempo en que se manifiestan, de forma inmediata, las relaciones que las personas establecen entre sí y con el mundo que los rodea, en función de necesidades deseos y visiones del mundo, configurándose de esta manera las condiciones concretas de existencia de cada persona o grupo (López & Grela, 2001). En su relacionarse con el mundo, en los espectros públicos y privados, las mujeres han tenido que enfrentarse a situaciones opresivas de existencia, es decir; el sólo hecho de existir y ser mujer ya son condiciones *sine qua non* para el cumplimiento de funciones dentro del hogar, que en muchas de las veces pueden llegar a generar como producto vidas enfermantes (Burin *et al.*, 1991; Burin, 2002).

De esta forma la existencia interpersonal de las mujeres se ve transfigurada completamente, al involucrarse en lo que Giddens (2004) llama: experimentos sociales de cada día, a los que se someten los cambios sociales más amplios.

En lo que se refiere al ámbito de asistir y servir, son y han sido siempre las mujeres en mucho mayor proporción con respecto a los hombres las que se han encargado del ejecutar éstas funciones en dichos ámbitos. Este factor interviene en la salud de las mujeres, tanto a nivel físico como a nivel mental (Burin *et al.*, 1991), a través de anteponer como opuestos la felicidad propia a la de los descendientes, ya que muchas mujeres continúan sosteniendo relaciones de pareja en condiciones que afectan negativamente su vida emocional y desarrollo personal (López & Grela, 2001).

La categoría de sobrecarga permite en este trabajo, y permitirá en futuras investigaciones, abordar el tema de la salud mental de las mujeres desde un concepto particular que no introduzca el sentido despreciativo asociado a su patologización. En estudios relacionados con la salud mental de las mujeres

asociado al consumo de sustancias en la familia (Mora *et al.*, 1998) se ha utilizado en concepto de malestar psicológico introducido por Burin en 1991, en virtud de que este concepto basado en el paradigma conflictivo-tensional, no se encuentra involucrado en la clásica dualidad salud/enfermedad, sino que introduce un tercer término que, a modo de las nociones transicionales, a medias entre lo objetivo y subjetivo, externo e interno a la vez, participa en una lógica paradójica pues no refrenda la clásica diferenciación sano – enfermo, normal – patológico (Burin *et al.*, 1991). En palabras de Buriyovich (2001):

“Se entiende por malestar psicológico la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían definir un problema de salud mental: el nivel de estrés percibido y su nivel de desmoralización. El malestar psicológico tiene como referencia un estado de bienestar, felicidad y desarrollo personal ideal o normativo positivo”

Sobrecarga, si se acepta como categoría en la cual se ve involucrada indudablemente la salud mental de las mujeres, puede servir como herramienta teórica y psicométrica para familiares mujeres de abusadores o dependientes al etanol y hacer referencia a un área específica de la salud mental de las mujeres, es decir; no es pretensión el argumentar que la sobrecarga es igual a salud mental, o que el malestar psicológico es igual a sobrecarga. Dicho con la especificidad de las bases teóricas, se podría vislumbrar la sobrecarga como un factor importante que genera malestar psicológico y que este a su vez afecta inminentemente en la salud mental de las mujeres.

4.1 Perspectiva de Género y Sobrecarga

Durante el siglo XVI la definición de las mujeres como sujetos estaba determinada por el hecho de que fuesen confirmadas por hombres asociados al poder, más que a la concepción que las mujeres tuvieran de sí mismas. Se trataba de una representación de las formas de poder patriarcal, por el cual eran y son los

hombres quienes emitían y emiten los juicios de existencia acerca de la condición de las mujeres como sujetos psíquicos (Burin *et al.*, 1991; Foucault, 1984; Foucault, 1995; Lagarde, 2001).

En el siglo XVII y XVIII la enfermedad de las mujeres, fue y era interpretada por hombres, por un modelo médico masculino (Burin *et al.*, 1991), los síntomas que presentaban se interpretaban desde la base funcionalista de lo biológico (Lamas, 1996). La medicalización del cuerpo y del sufrimiento ha constituido una de las estrategias de control social más eficaces que nuestras sociedades han desarrollado para preservarse de la peligrosidad de la sexualidad, la locura, las diferencias y la denuncia social. En especial merece atención la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres (López & Grela, 2001).

Se ha sugerido incluso que este modelo que persistió hasta principios del siglo XIX, tenía la finalidad de controlar la sexualidad femenina, o que era parte de un sistema represivo y de poder que sólo se basó en la sexuación femenina, (Rubin, 1986 en Lamas, 1996; Foucault, 1984).

Para entender mejor este tipo de control que se ejercía y se continúa ejerciendo paralelo a la utilización al poder como herramienta, es menester considerar que la concepción de poder que desde las relaciones humanas (especialmente entre los géneros) propone Foucault (1995).

Es a finales del siglo XIX cuando se comienza a vislumbrar el énfasis discursivo, todas las personas aprenden su estatus sexual y los comportamientos apropiados a ese estatus. Dentro de esa vía se encontraba la masculinidad y la feminidad como condiciones instituidas que mutaban dentro de procesos particulares en identidades psicológicas para cada persona (Rubin, 1986 en Lamas, 1996).

En los años cincuentas, el concepto de género ya se perfilaba; su uso comienza a generalizarse en el campo psicomédico en los setentas; con el feminismo de esa época cobra relevancia entre el feminismo anglosajón e inicia a extenderse hacia otras disciplinas; en los ochenta se consolida académicamente dentro de las ciencias sociales; en los noventa adquiere protagonismo público y, en este siglo, se constituye en la explicación más acabada sobre la desigualdad

entre los sexos (Lamas, 2006). De tal forma que la sexualidad y la construcción de género abandonaban la conceptualización reduccionista que las definía como un impulso que las fuerzas sociales deberían controlar y como sinónimos.

Para comprender la perspectiva de género es importante hacer una pausa para aclarar algunos conceptos y diferencias entre ellos. A saber de Lagarde (1996), la perspectiva de género está basada en la teoría de género y se inscribe en el paradigma teórico histórico-crítico y en el paradigma cultural del feminismo.

La teoría de género permite analizar a las mujeres y a los hombres no como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos construidos socialmente, productos del tipo de organización social de género prevaleciente en su sociedad. Esta teoría está construida dialécticamente y el análisis de género se corresponde con esa lógica. Los fenómenos de género son multideterminados, por ello cualquier determinismo unilineal y causal choca con su propia dinámica. Asumir el contenido teórico constructivista de la perspectiva de género, con su compleja dialéctica entre la naturaleza y la historia, implica dejar críticamente la perspectiva creacionista de las ideologías, mitologías y religiones que hegemonizan las explicaciones de género en la cultura dominante y son estructuradoras de la subjetividad de las personas (Lagarde, 1996).

La unidad metodológica de la perspectiva es el género, el cual puede ser entendido como lo explica Seyla Benhabib (1992):

“por género entiendo la construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos. El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos. Las teorías feministas, ya sean psicoanalíticas, postmodernas, liberales o críticas, coinciden en el supuesto de que la constitución de las diferencias de género es un proceso histórico y social, y en que el género no es un hecho neutral” (Benhabib, 1992; en Lagarde 1996).

Considerando los argumentos anteriores, en este estudio se entenderá la perspectiva de género como: un modelo paradigmático que tiene como principal

eje epistemológico las desigualdades existentes históricamente entre hombres y mujeres, donde la direccionalidad de mencionadas desigualdades han puesto y ponen a las mujeres en un nivel de invisibilidad. Por ello la perspectiva de género abstrae, comprende, analiza, transmite y genera el conocimiento desde una óptica que permite utilizar la construcción de género como herramienta metodológica.

De esta manera, en la propia estructuración de las subjetividades e identidades de mujeres y hombres, la socialización del género suele ser factor que produce e impone mandatos que constriñen a unas y otros, y que convierte las diferencias en desigualdades. Por esta razón, las mujeres permanecen en una condición de inferiorización y devaluación estructural, cultural e interpersonal, dejando las alternativas en muchos de los casos, en acatar los mandatos, así es como crecen y son educadas, sea abierta o silenciosamente, en un contexto de inequidad, el cual impone un costo psíquico que para la mayoría es en demasía, costoso (Ramos, 2007).

En la argumentación sobre la categoría de sobrecarga creada por Zarit (1980) y más tarde utilizada y adaptada en España por Martín *et al.* (1997) es menester considerar la perspectiva de género para la interpretación y el análisis de los datos aquí generados, ya que permitirá incluir los antecedentes mencionados y considerar la flexibilidad existencial que permite el análisis de la salud mental de las mujeres, de sus malestares, de lo que les aqueja o les preocupa no sólo como individuos activos en nuestra sociedad, sino también como género femenino, como construcción social carente de la igualdad en oportunidades y, dicho sea de paso, de tratamiento.

El introducir la perspectiva de género es importante además, para proporcionar explicaciones diferentes a las propuestas en siglos pasados sobre la salud mental de las mujeres. Permite ofrecer herramientas conceptuales, técnicas y metodológicas que ayudan a la comprensión y significación sobre los modos de enfermar de las mujeres desde una perspectiva que incluya la construcción social como sujetos, y la asignación de espacios, de poder en nuestra cultura, como determinantes clave de sus procesos psicopatológicos (Burin *et al.*, 1991). Dado que: la mayoría de las personas que conviven con dependientes o abusadores de

alcohol son mujeres (Natera *et al.*, 1997; Tenorio *et al.*, 1999), son ellas las que se responsabilizan por el consumo de sus esposos o hijos (Natera & Mora, 1993; Natera *et al.*, 1997), son ellas el primer pilar que recibe los embates de los problemas asociados al consumo de alcohol (Orford, Natera, Casco, Nava & Ollinger, 1993), son mujeres las que presentan sintomatología física y psicológica y psiquiátrica como consecuencia del convivir con un usuario de alcohol, es menester enfocarnos en esta población.

4.2 Mujeres familiares y sobrecarga en centros de atención especializada

En el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), la demanda de atención para familiares es casi en totalidad de familiares mujeres (Tenorio *et al.*, 1999).

Las mujeres como género femenino han operado como recipientes-receptoras de las descargas del cuerpo social (Lamas, 2006) y llama la atención que son esposas o madres, en su mayoría, las familiares que acuden al CAAF en solicitud de ayuda (Tenorio *et al.*, 1999), porque viven en constante estrés ocasionado por el consumo de alcohol y drogas de sus esposos e hijos (Mora *et al.*, 1998) y porque uno de los principales factores de riesgo, además del principal predictor para el consumo de alcohol en adolescentes, es el consumo de alcohol por parte del padre (Landerero *et al.*, 2007), y además porque que precisamente en materia de adicciones, en los reportes de apego a tratamiento, se sugiere que es de gran importancia que la familia apoye a los usuarios de sustancias masculinos (Holloway & Bennett, 2007).

En sí mismas, la dependencia no representa sólo un trastorno, sino que en su desarrollo acarrea consigo gran cantidad de problemas médicos y comunitarios asociados en los ámbitos individual, familiar y social, siendo estos últimos los que en este estudio merecen más atención, ya que algunos de ellos están relacionados con accidentes y distintas formas de violencia. En el caso del alcohol por ejemplo, se ha analizado su participación en actos violentos dentro del sistema

familiar. Se puede afirmar que un bebedor excesivo causa muchas disrupciones en la familia, pues crea problemas entre los esposos y entre los hijos. En las familias en las que uno de los padres es alcohólico hay más problemas que en los hogares donde no existe esta situación (Natera, 1982).

Por ello es que, el ser mujer y vivir con un abusador o dependiente al alcohol, puede aumentar considerablemente la sobrecarga afectiva y de trabajo al interior de los hogares, siendo nuevamente las desigualdades entre hombres y mujeres los pilares sobre los cuales descansa el cumplimiento “obligatorio” de las funciones sociales de prestadoras de servicios domésticos y sexuales, pues ser cariñosas, obedientes, solidarias a las necesidades de afecto de los demás, románticas y amables, han sido culturalmente contruidos como atributos del ser mujer. El papel femenino centrado en la maternidad, se extiende a casi todas las relaciones humanas, generando la maternalización de los roles madres de los hijos(as), madres de los esposos o parejas, madres de los padres. Esta vocación de servicio hacia los demás, este focalizarse en el dar afecto lleva implícita la expectativa de igual retribución (López & Grela, 2001).

Es necesario pues, incorporar la perspectiva de género al ámbito de la salud mental de las mujeres familiares con un miembro que padece algún TUA, para la comprensión del malestar que en ellas se genera debido al proceso por el cual se relacionan no sólo con el enfermo, sino con la enfermedad, para promover la visibilización de los problemas asociados que trae consigo el convivir y compartir espacios vitales bajo las condiciones mencionadas.

La inclusión de la perspectiva de género en el análisis de la sobrecarga ofrece herramientas conceptuales y técnicas que permiten comprender y operar sobre los modos de enfermar de las mujeres desde la inclusión de la construcción social de las mujeres como sujetos, (Burin *et al.*, 1991), ya que dichas diferencias bajo el modelo psiquiátrico funcionalista de las adicciones, ha procurado de forma silenciosa y accidental que éstas muten en desigualdades, dejando a las mujeres en un contexto de inequidad e inclusive ausentándolas de la posibilidad de tener un tratamiento basado en su condición de mujeres, conceptualizándolas como pasivas en su formación integral y sumisas ante la nombración corporal de sus

signos y síntomas, además de que resultan mujeres severamente afectadas por las pobres opciones sociales.

A partir del momento de ser nombrado, el cuerpo recibe una significación sexual que lo define como referencia normativa inmediata para la construcción en cada sujeto de su masculinidad o de su feminidad, y perdura como norma permanente en el desarrollo de su historia personal, que es siempre historia social. Funciones semejantes, tienen las costumbres y las tradiciones y cuentan además, con el peso compulsivo de los mandatos de género legitimados en el pasado y en las genealogías (Lagarde, 1996).

Una conceptualización más reciente sobre la categoría de sobrecarga abarca el deterioro de las actividades de ocio, sus relaciones sociales, amistades, su intimidad, su libertad y equilibrio emocional (González, Graz, Pitito & Podesta, 2004). Es decir, que el hecho de ser cuidadores (as) de pacientes, geriátricos, neurodegenerativos o psiquiátricos ya es factor de riesgo para su salud mental, si además de eso incluimos la variable construcción de género del asumirse mujeres en la actividad social y familiar, el riesgo aumenta, si además anexamos los datos expuestos sobre la relación del consumo de sustancias y el ejercicio de la violencia en el interior de la familia, el riesgo es indudablemente multiplicado. Las mujeres como prestadoras de servicios de salud de quienes las rodean las lleva con más frecuencia a la consulta médica, con respecto a los hombres (Burin *et al.*, 1991).

Estudios consultados reportan que las mujeres tienen más problemas emocionales que los varones, pero que también tienden más a tomar conciencia de ellos como problemas psicológicos (Buriyovich, 2001).

En lo que respecta a la atención de la salud dentro de la familia son y han sido mujeres las responsables sociales. En un estudio realizado por Gort y colaboradores (2005), encontraron que el 83.6 % de los cuidadores eran mujeres y el 68.9% de ellas eran familiares del enfermo.

Según Mabel Burin (1991) los síntomas de ansiedad, tensión, enojo y otras reacciones que expresan muchas mujeres hacia sus condiciones de vida se han vuelto cada vez más medicalizados; han obtenido un status de enfermedad, esto

dentro de un marco de salud mental masculinizado, donde los signos y los síntomas fueron y son traducidos por la ciencia hegemónica masculina.

Ante estas situaciones de contexto difíciles, como las que representan el convivir con un familiar abusador o dependiente al etanol, las mujeres reaccionan con afectos desbordantes, en algunas ocasiones imposibles de controlar, dirigiendo su representación de las condiciones que experimentan a la psicopatologización de sus síntomas y su malestar en general.

Debido a ello las familias viven en constante conflicto y tensión pues los familiares de los usuarios de drogas y alcohol son el grupo más cercano que sufre los efectos negativos del consumo. Ante este escenario la familia trata de responder al problema de las adicciones con mecanismos que le son naturales (haciendo referencia a las funciones de las mujeres dentro de la familia), pero con frecuencia estos esfuerzos son rebasados por la complejidad del fenómeno y lo único que provocan es un malestar físico y psicológico mayor (Natera *et al.*, 1999).

¿Y qué son las funciones sociales al interior de la familia?. Son las funciones que cumplen las mujeres en la familia atribuidas a su “naturaleza” (biológica, moral, psicológica, social) y que supone responsabilidades que no pueden eludir porque están asociadas a su condición femenina que es ahistórica, eterna e inmutable.

Guillermina Natera y colaboradores (1999) llevaron a cabo un estudio donde se vislumbra con las propias palabras de las afectadas (esposas y madres) la respuesta a esta pregunta:

“la mujer no debe quejarse de su esposo, si bebe es porque no lo ha sabido cuidar”.

“como madre es un deber ante la sociedad, ante Dios, ayudarlo”.

Por ellos es imperante considerar la inclusión de la perspectiva de género sin pretender aquí agotar la discusión, sino incluir la perspectiva desde el área específica de la salud mental de las mujeres, desde el malestar psicológico del que habla Burin (1991), porque en materia de salud mental, son las mujeres las

que mayormente solicitan servicio asistencial y de la misma forma son ellas las que lo brindan. Pero sobre todo porque esto obliga a pensar este problema como un hecho que trasciende el ámbito personal y sugiere a las instituciones de salud el crear políticas públicas y estrategias de atención que no refuercen la desigualdad social que injustamente ha delegado las mayores cargas patológicas en las mujeres.

Basado en la argumentación de este capítulo, la construcción del concepto de sobrecarga para este estudio es: la intensidad de los malestares subjetivos (no por ello irreales) que afectan la salud mental (deterioro socio-cultural, estrés, preocupación y carga de trabajo doméstico) de las personas – mayoritariamente mujeres - que comparten el espacio geográfico del hogar con alguien que presenta algún Trastorno por Uso de Alcohol, y que están inmersas en el proceso de prestar servicios para la preservación la salud del afectado(a). (Burin *et al.*, 1991; Burin, 2002; Giddens, 2004; Lagarde, 1996; Martín *et al.*, 1997; Zarit *et al.*, 1980).

5. La problemática de las mujeres familiares de dependientes

Las familiares de bebedores están y han estado bajo constante riesgo emocional, físico y económico por el requisito mínimo de: primeramente ser mujeres, es decir; la propia condición de haber nacido con la identificación biológica femenina ya las ha relegado a recibir una educación que las conceptualiza como servidoras, cuidadoras y protectoras de la familia. Y segundo, por la compleja problemática que implica el convivir con un familiar que presenta un TUA.

En la actualidad, es muy probable que dentro de casi cualquier familia mexicana exista algún miembro que sea consumidor de alcohol activo o que lo haya sido en algún momento de su vida. Este es precisamente uno de los principales factores que pone en riesgo la salud mental de sus familiares mujeres (principalmente), las consecuencias pueden comenzar cuando el consumo del usuario de alcohol tienda a ser patológico o cuando el mismo consumo es reprobado por la familia, ya sea por problemas económicos o por problemas de violencia dentro o fuera de la familia. Independientemente de cuál sea el proceso y la cronología en el que se presenten, todos ellos son factores de riesgo para las mujeres cuidadoras, ocasionados por los problemas que el usuario de etanol presenta en su consumo.

Es importante mencionar que en este estudio fueron consideradas dentro de la muestra a familiares de dependientes o abusadores de alcohol que acudieron a solicitar de manera voluntaria el servicio de atención, lo cual brinda un certero indicio de que la problemática que experimentan las mujeres participantes está afectando negativamente sus vidas, pues como lo mencionaron Mora y colaboradores (1998), las diferencias están dadas por: el periodo en el que se solicita ayuda especializada, pero esto generalmente ocurre después de algún evento importante y como consecuencia del consumo patológico de alcohol del bebedor.

5.1 Riesgos.

Los factores de riesgo a los que se enfrentan las mujeres en general son: estar casadas, el número de hijos, dedicarse exclusivamente al trabajo doméstico (Rodríguez, 2001), si las mujeres conviven con un familiar que padezca algún TUA los riesgos aumentan, pues estas son más susceptibles además a padecer las repercusiones negativas del consumo, ya que a menudo son objeto de violencia física y verbal por parte de los usuarios de drogas o alcohol dentro de sus hogares (Mora *et al.*, 1998).

Las mujeres que se encuentran dentro del ámbito familiar donde existen problemas de uso de sustancias por parte de alguno de sus miembros no sólo les representa riesgo para su salud mental, sino también para su integridad física (Glantz-wright *et al.*, 2004).

El que las mujeres estén casadas con un alcohólico o bebedor problema aumenta el riesgo de que ellas presenten un problema de consumo excesivo o algún Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) (Dawson, Grant, Chou & Stinson, 2007).

El consumo de alcohol o sustancias de los hombres en sus etapas más agudas, tiene repercusiones a nivel global en sus vidas. La mayoría de los problemas de pareja que reportan los hombres, están relacionados con el consumo de alcohol de éste, además de que ellos reportan que el consumo de alcohol les ayuda a mantener y justificar el control sobre sus parejas (Glantz-wright *et al.*, 2004). La violencia del hombre hacia la mujer aumenta en los días que él bebe, además de que el uso de alcohol aumenta la probabilidad de que los conflictos dentro de la pareja sean de naturaleza violenta (Dawson *et al.*, 2007).

De esta manera los y las individuos (as) que conviven cotidianamente con dependientes o abusadores de alcohol o drogas están expuestos a una serie de experiencias desagradables, que dan pie a la aparición de diferentes síntomas de tensión o de estrés que se manifiestan a nivel psicológico y físico (Tiburcio & Natera, 2003).

En el caso de las mujeres el riesgo de ser víctimas de violencia física dentro de sus hogares es latente. Dawson y colaboradores (2007) llevaron a cabo una investigación donde reportaron que: las mujeres con una pareja con problemas de alcohol tenían 3 veces más posibilidades de sufrir una o múltiples victimizaciones, 2 veces más posibilidades de sufrir múltiples lesiones, 3 veces más posibilidades de padecer trastornos afectivos, 2 veces más posibilidades de padecer trastornos ansiosos y una mayor probabilidad de tener un estado de salud malo o pobre, más eventos estresantes en el último año y menor calidad de vida psicológica que las mujeres con pareja sin problemas de alcohol.

La importancia del ser víctimas de violencia física no se encuentra solamente en el impacto traumático, emocional, psicológico y orgánico que las mujeres experimentan. El haber sido víctima de violencia (de cualquier tipo) es un factor predictivo en las mujeres, para la aparición de problemas de consumo de alcohol y otras sustancias (Lara *et al.*, 1990; Ramos, 2001; Valdez *et al.*, 1998).

Así mismo, las mujeres golpeadas corren un riesgo mucho mayor de caer en el abuso de alcohol, en comparación con las que no son golpeadas (14% vs 1%) e igualmente para drogas (9% vs 1%). La violencia conyugal es el principal predictivo de alcoholismo en las mujeres (Valdez & Juárez, 1998).

Otros factores ocasionados directa o indirectamente por el consumo de alcohol de los hombres que pueden permear en consumo de riesgo de sus parejas o hijas son: la sola presencia de que la pareja hombre sea bebedor, que exista comorbilidad afectiva o ansiosa, violencia o victimización física o sexual, antecedente de alcoholismo en familia de origen, en particular en el padre. (Casco & Natera, 1990; Tenorio R, Natera G & Cordero M, 2000).

Las presiones a las que se enfrentan las mujeres cotidianamente en su diario accionar, son variables que pueden predecir la ingesta de alcohol por parte de ellas, esto se presenta con mayor frecuencia en mujeres de clase media y donde los conflictos del orden marital se encuentran presentes (Lara, Medina & Gutiérrez, 1990; Ramos, 2001).

En la medida en que las condiciones familiares sean más desestructuradas y con menor contención, se generarán condiciones para el desarrollo de

alcoholismo, no sólo en mujeres, sino en cualquiera de sus miembros (Casco & Natera, 1990).

Es importante destacar que la existencia dentro de la familia de un miembro con TUA u otras sustancias, es un hecho que por sí mismo produce efectos negativos al interior de la misma, sin embargo, es también de importancia el clarificar que las desigualdades de género dejan en seria y evidente desventaja a las mujeres, aún más a las mujeres que conviven directamente.

5.2 Sintomatología física, médica y psiquiátrica

Como ya se mencionó, muchas de las mujeres familiares acuden a solicitar apoyo por las consecuencias que presentan al convivir con dependientes o abusadores de alcohol de manera accidental, esto es, por un problema de salud o por lesiones provocadas por agresores intoxicados (Dawson *et al.*, 2007 y más).

Varias de estas solicitudes en consultorios familiares son por la presencia de sintomatología física o psiquiátrica, como lo expusieron Tiburcio y Natera (2003), los individuos que conviven cotidianamente con usuarios de alcohol o drogas están expuestos a la presentación de sintomatología tensional o por estrés que se materializa ya sea a nivel físico o psicológico.

Las evidencias han mostrado rasgos de malestar, tanto físico como mental: ansiedad, nerviosismo, preocupación, cambios súbitos de humor, depresión y presencia sintomática, como dolor de cabeza, úlcera, colitis y otras enfermedades relacionadas con el estrés, así como depresión, insomnio, neurosis, cansancio, irritabilidad, ansiedad, angustia, temor, fobias. El 14% de las mujeres familiares que participaron en el estudio reportaron problemas con su pareja principalmente agresión física y/o verbal (Tenorio *et al.*, 1999).

El uso de sustancias por parte de la pareja o el padre, aunado a ser víctima de violencia, son predictores en mujeres para que ellas sean igualmente usuarias de sustancias en el futuro, sin embargo, la sintomatología que presentan antes de que aparezca el consumo de sustancias (en caso de que se presente), se mantiene aún después del consumo. En algunos estudios se reporta una alta

prevalencia en mujeres que consumen sustancias y síntomas ansiosos y depresivos, así como problemas nerviosos en mayor proporción en mujeres que en hombres; 30.3% y 26.5% respectivamente; de igual forma en los problemas psicológicos, 39.5% en las mujeres y 23.5% en los hombres (Ortiz *et al.*, 2006; Zilberman, Tavares, Hodgins & El_Guebay, 2007).

6. El malestar cotidiano de la convivencia

Dentro del sistema familiar no sólo el uso de sustancias y alcohol, sino en general cualquier problemática importante es resentida por todo el sistema. Algunas problemáticas generan mayor impacto, algunas otras pudiesen parecer y resultar parte del escenario cotidiano, ejemplo de estas son: el que algún miembro haya sufrido un asalto o el que algún miembro de la familia enferme. Inclusive el propio consumo de alcohol de algún miembro se convierte en cotidiano dentro de la familia, siendo la propia familia la que brinda las herramientas necesarias para que esa problemática cotidiana no llegue a servicios de atención especializada como es el caso del CAAF.

Es precisamente en la población que acude a este centro con la que se llevo a cabo este estudio, donde; ya sea por las características de la familia, ya por las características del consumo, ya por la comorbilidad presentada o por otros factores, las mujeres familiares de usuarios de alcohol reconocen que sus vidas se han visto seriamente afectadas debido al TUA de algún familiar.

Se puede entonces asegurar, que el hecho de convivir y cuidar a un usuario de alcohol trae consecuencias para la familia, acrecentándose estas consecuencias en mujeres. Estas consecuencias pueden presentarse como sintomatología física, psiquiátrica o psicológica.

Otra forma en que las mujeres padecen las consecuencias del consumo de alcohol es en su diario accionar y en las consecuencias afectivas que experimentan.

6.1 Tiempo y espacios compartidos

Dentro de la esfera privada, justo dentro de la cotidianeidad doméstica, las mujeres experimentan situaciones desagradables en la realización de las tareas al interior de estos espacios (Lagarde, 1996). Ahora bien para una mujer que además de realizar las tareas domésticas de todos los días, tiene que compartir sus

tiempos y sus espacios (ya reducidos) y realizar otro tipo de tareas con su pareja o su hijo o su padre, sugiere un panorama que se torna lleno de pesimismo.

Las mujeres que tienen hijos adolescentes o jóvenes adultos y que además su esposo o pareja padece dependencia o abuso de alcohol, pueden presentar los mismos problemas con el alcohol y drogas. Un gran número de ellas, además de procurar el bienestar y la higiene doméstica, deben soportar la carga adicional de asegurar los alimentos para el hogar y la supervivencia económica de sus familias debido a que el padre no tiene trabajo debido a su dependencia al alcohol o sólo por el hecho de que no se responsabiliza de esas funciones familiares. (Mora *et al.*, 1998). Estas mujeres sufren con frecuencia los abusos sexuales de sus parejas sobre todo después de que estos han bebido (Natera *et al.*, 1997).

Casco y colaboradores (1993) llevaron a cabo una investigación de corte cualitativo donde entrevistaron a algunas mujeres consumidoras de alcohol y drogas, ellas relataron cómo es que su dinámica familiar giraba en torno al alcohol (esto antes de que ellas tuviesen problemas con el abuso de sustancias).

En cada uno de los casos prevaleció la violencia en el ambiente familiar, una de las entrevistadas reportó haber sufrido agresión verbal y física por parte de su padre, y cada vez que esto ocurría él se encontraba intoxicado en su casa. Ellas relataron:

“yo recuerdo a mi padre sentado en el comedor casi todo el día y en la mesa, se veían varias botellas.”

“cuando escuchaba que venía mi padre, me escondía debajo de la cama porque llegaba borracho”.

Estas narraciones dejan claro el cómo es que se relaciona el consumo de alcohol en los tiempos y los espacios de las mujeres. En lo que respecta a las parejas que tuvieron estas mujeres, se encontró que la mayoría de ellas habían vivido con alguna pareja cuyo consumo de alcohol era excesivo. Además de que todas las entrevistadas reportaron alcoholismo en alguno de sus padres (Casco *et al.* 1993).

En este último subtema no va a exponerse algo diferente a lo que se ha venido argumentado, sólo es el abordaje de las consecuencias afectivas, las cuales hacen referencia a las manifestaciones subjetivas (y no por ello imaginarias) que ellas como cohabitantes de dependientes o abusadores de alcohol experimentan, a esas manifestaciones que no presentan signos ni síntomas para el modelo médico. Esas manifestaciones con las que diariamente se enfrentan y que indudablemente se incrementan cuando los problemas de consumo de alcohol se encuentran dentro del hogar.

Las mujeres que conviven con el consumo patológico de alcohol y drogas de sus esposos e hijos viven en constante estrés. A menudo son ellas víctimas de violencia física y psicológica principalmente en el caso de esposas y en el caso de las madres pueden también llegar a serlo, pero lo son más como presenciadoras de acciones violentas. Las esposas o parejas también son víctimas de los efectos negativos del consumo en la economía, la irresponsabilidad del usuario en la casa y en el trabajo, los celos y el hostigamiento sexual (Natera *et al.*, 1997; Palomar, 1999).

Además de estos problemas, las mujeres (parejas y madres) enfrentan otra problemática ocasionada por el propio consumo de alcohol y que al parecer no las afecta directamente, esta problemática está relacionada con los hijos de bebedores problema, ya que ellos presentan también varios síntomas, siendo los más frecuentes, los problemas de conducta, aprendizaje, el alcoholismo y la depresión (Tenorio *et al.*, 1998). En un estudio realizado por Rosalba Tenorio y Cristina Mendoza en el CAAF (1998) precisamente sobre estas problemáticas encontraron que aproximadamente el 90% de las esposas presentaron depresión debido a problemas asociados al consumo de alcohol por parte de sus parejas, pero también debido a los problemas que esto ocasionaba en sus hijos.

Método

Planteamiento del problema:

El consumo de alcohol en México es un problema de salud pública que abarca un complejo espectro de la vida de quien genera dependencia a esta sustancia y de quienes en su diario accionar lo comparten. El diagnóstico de dependencia al etanol es importante para el tratamiento farmacológico (en caso de ser necesario) y para el programa terapéutico, a su vez es de suma importancia el conocer la severidad de la dependencia tanto a nivel orgánico como a nivel social. Es en este último donde se pretende dirigir la presente investigación, específicamente en el ámbito familiar femenino dado que: existen pocas herramientas psicométricas que ayuden a la evaluación de la esfera familiar (sobre todo en mujeres) en torno al consumo de alcohol, las argumentaciones teóricas han girado en torno a la naturalización de funciones domésticas para las mujeres, la sobrecarga es un constructo que puede brindar información relevante sobre el sentir de las mujeres ante estos padecimientos dentro de la familia, así como para la construcción de tratamientos óptimos.

Por ello es que se considera importante no sólo adaptar nuevas herramientas, sino visualizar las variables que puedan estar asociadas en niveles elevados de sobrecarga, como pueden ser: parentesco de las familiares y niveles de dependencia de los usuarios de alcohol.

Preguntas:

¿Existen diferencias con respecto al parentesco de las mujeres familiares de abusadores o dependientes al alcohol y la sobrecarga que reportan?

¿El nivel de dependencia de alcohol de los usuarios tiene relación con la sobrecarga medida por la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador de sus familiares mujeres; parejas y madres?

Objetivo General:

■ Conocer las puntuaciones de sobrecarga afectiva reportadas por las mujeres familiares de dependientes o abusadores de alcohol.

Objetivos Particulares:

- Confiabilizar y validar el Instrumento de Sobrecarga Zarit con mujeres familiares de dependientes o abusadores de alcohol.
- Determinar la relación entre la sobrecarga y el parentesco que las mujeres familiares tengan con el dependiente o abusador de alcohol.
- Evaluar la relación entre el nivel de dependencia de los consumidores de alcohol y la sobrecarga de sus familiares mujeres.

Variables Atributivas:

Sobrecarga.

Conceptual: Es la intensidad de los malestares subjetivos (no por ello irreales) que afectan la salud mental (deterioro socio-cultural, estrés, preocupación y carga de trabajo doméstico) de las personas – mayoritariamente mujeres - que comparten el espacio geográfico del hogar con alguien que presenta algún Trastorno por Uso de Alcohol, y que están inmersas en el proceso de prestar servicios para la preservación de la salud del afectado(a). Se evaluará con la versión de la Entrevista validada por Martín y colaboradores en España, con las modificaciones de redacción pertinentes (Burin *et al.*, 1991; Burin, 2002; Giddens, 2004; Lagarde, 1996; Martín *et al.*, 1997; Zarit *et al.*, 1980).

Operacional: Hace referencia al puntaje total obtenido en la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (Zarit) que las mujeres familiares pudieron reportar por convivir y cohabitar con un familiar dependiente o abusador de alcohol, se evalúa en Nunca, Ocasionalmente, Algunas veces y Casi Siempre.

Parentesco.

Conceptual: Toda relación consanguínea o conyugal que tenga la mujer familiar con el dependiente o abusador de (Rubin, 1986; en Lamas, 1996).

Operacional: Se refiere a la respuesta que brinde en la cédula de preconsulta la familiar, con respecto al parentesco que tiene con el dependiente o abusador de alcohol.

Severidad de consumo.

Conceptual: Se define como el nivel de deterioro en las áreas de funcionamiento psicosocial del dependiente o abusador de alcohol, se recolectarán los datos a través de la Escala de Dependencia al Alcohol, misma que se aplicó a los dependientes y abusadores de alcohol (Solís, *et al.*, 2007).

Operacional: Hace mención de los efectos negativos que por motivo de consumir alcohol han experimentado los abusadores y dependientes de alcohol, y se evaluará en nivel ordinal, nominal, e intervalar.

Diseño:

El estudio es de tipo exploratorio (Hernandez-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2003) y el diseño es de tipo transversal (Hernández-Avila, Garrido_Latorre & López-Moreno, 2000; Kleinbaum, Kupper, & Morgenstern, 1982.).

Participantes:

El método de recolección de la muestra fue por conveniencia y se dividió en 3 fases.

FASE I: Se recolectaron datos de 438 mujeres que acudieron a solicitar atención voluntariamente al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) de Agosto de 2007 a Mayo de 2008, de las cuales se seleccionaron 154 mujeres que cumplieron con los siguientes criterios:

Mayores de 18 años.

Familiares de dependiente o abusador de alcohol.

Más de un año de convivencia con el abusador o dependiente.

Que conviva actualmente con el dependiente o abusador de alcohol.

y que a su vez no cumplieron con los siguientes criterios:

Padecer algún trastorno incapacitante (de los considerados en los expedientes)¹.

Presentar sintomatología psiquiátrica grave (evaluada por especialistas del CAAF).

Negarse a participar.

FASE II: Se dividió a las 154 mujeres participantes en 3 grandes grupos:

Grupo 1: Madres.

Grupo 2: Parejas (Esposas y en Unión Libre).

Grupo 3: Otras familiares (Hermanas, Tías, Abuelas, Hijas).

FASE III: De las 154 mujeres, se seleccionaron únicamente a las madres o parejas de dependientes o abusadores al alcohol, para posteriormente contactarlos vía telefónica, obteniéndose una muestra de 31 mujeres y de 31 dependientes al alcohol donde éstos tuvieron que cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

Ser pareja o hijo de alguna de las seleccionadas para esta tercera fase.

Mayores a 18 años.

Consumo activo de alcohol en los últimos 12 meses.

Contar con número telefónico local.

Y a su vez sin cumplir el siguiente criterio de exclusión:

Negarse a responder la Escala de Dependencia al Alcohol.

Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaron en el estudio fueron, para las familiares: Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (Zarit) para evaluar niveles de sobrecarga, y para consumidores: Escala de nivel de dependencia al alcohol (EDA), con el que recolectaron los datos sobre los niveles de dependencia.

¹ Las mujeres que participaron, fueron evaluadas por especialistas del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, y fue de ese modo que se determinó si padecían algún trastorno incapacitante o sintomatología psiquiátrica grave.

Entrevista de Sobrecarga en el Cuidador:

Fue creada por Zarit *et al.* (1980) con la finalidad de medir la sobrecarga que presentan los cuidadores primarios de pacientes geriátricos sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Sin embargo la escala también ha sido utilizada para cuidadores de pacientes neurológicos y psiquiátricos (González, Graz, Pitito & Podesta, 2004). La escala es un cuestionario de 22 reactivos con opciones de respuesta tipo likert, que van desde nunca, ocasionalmente, algunas veces, muchas veces y casi siempre, con puntuaciones para cada una de 1 a 5 respectivamente. Para esta investigación se adaptó la redacción de la versión española (Martín, Puyo, Lanz, Nadal & Abad, 1997), para validar y confiabilizar la escala con mujeres familiares que conviven con dependientes o abusadores de alcohol en México (ver anexo 1). En esta versión española Martín y colaboradores (1997) reportaron un Coeficiente de Confiabilidad de 0.91, encontrando 3 dimensiones que explican el 53.8% de la varianza. La Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (en su adaptación y en su validación española) tiene los siguientes puntos de corte:

22 – 46 no sobrecarga

47 – 55 sobrecarga leve

56 – 110 Sobrecarga intensa.

Escala de Nivel de Dependencia:

La escala de nivel de dependencia fue creada en Canadá por Skinner, Horn, Wanberg y Master (1984) con la intención de evaluar los niveles de dependencia de los usuarios de etanol, tomando como referencia el daño de los aspectos psicosociales de los usuarios. El instrumento contiene tres tipos de medición (nominal, ordinal e intervalar) por lo cual algunos reactivos cuentan con dos opciones y algunos otros con tres o cuatro, sin embargo los valores asignados van desde 0 a 3, según el número de opciones que tenga el reactivo.

La escala de nivel de dependencia ha demostrado ser útil como prueba diagnóstica y no de tamizaje, debido a que su probabilidad para detectar a los dependientes es alta, pero baja para discriminar a los que no lo son (Solís,

Cordero, Cordero & Martínez, 2007), está organizada jerárquicamente y diseñada con base en los síntomas de deterioro asociados al consumo en las áreas de funcionamiento físico, intelectual, social y psiquiátrico; en un inicio se conformó de 147 reactivos auto aplicables, agrupados en 24 escalas: 16 primarias, 5 secundarias y 3 terciarias (Skinner, *et al.*, 1984). La consistencia interna de la Escala fue de 0.96 por Coeficiente de Confiabilidad de Cronbach, y el análisis Factorial (Rotación Varimax y método de extracción Maximun Likelihood), destacaron la existencia de tres dimensiones mayores a 0.40, además de reportarse una correlación de Pearson de 0.847 con los criterios diagnósticos del DSM – IV ($p = 0.000$). En la estructura factorial de la escala validada en México (con una versión de 25 reactivos) por Solís y colaboradores (2007), se observó que el primer factor explica el 48.3% de la varianza, éste se relacionó con los efectos ocasionados por la intoxicación, el segundo con una carga de 5.6% se relaciona con los síntomas de abstinencia y el tercero explica el 2.6% de la varianza y evalúa los síntomas del Delirium Tremens. Igualmente se estandarizaron las puntuaciones para población mexicana en:

- 0 – 7 No evidencia de dependencia
- 8 – 13 Nivel de dependencia Bajo
- 14 – 21 Nivel de dependencia Moderado
- 22 – 30 Nivel de dependencia sustancial
- 31 – 48 Nivel de dependencia Severo

Procedimiento:

El procedimiento por el cual se llevó a cabo este estudio se planeó en 3 fases. FASE I: de Agosto de 2007 a Mayo 2008 las mujeres familiares acudieron al CAAF (Centro de Ayuda al Alcohólico y sus familiares) a solicitar el servicio de forma voluntaria, como requisito de la Institución se les pidió llenar una cédula de preconsulta donde se incluyó la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (con la redacción modificada), en esta misma cédula se recolectaron datos sociodemográficos (edad, escolaridad y ocupación). Esta primera fase del estudio, que se refirió únicamente a la validación del instrumento, donde se incluyeron a

todas las familiares (independientemente del parentesco) que acudieron a solicitar el servicio, si y sólo si, cumplieron con los criterios de inclusión.

FASE II: Para la segunda fase del estudio (una vez validado el instrumento), se dividió a las 154 mujeres familiares en tres grupos de parentesco (Madres, Parejas y Otras familiares), para poder determinar si el parentesco tenía alguna relación con la puntuación obtenida en las Entrevista de Sobrecarga del Cuidador.

FASE III: Mientras que para la tercera fase se realizó otra selección, de las 154 mujeres familiares únicamente se seleccionó a las que reportaron ser madres, esposas o parejas de los dependientes o abusadores de alcohol. Una vez que se realizó la selección, se contactó vía telefónica a los dependientes (familiares de las participantes) con la finalidad informarles y pedirles su colaboración para el estudio, aplicando (con el consentimiento de los bebedores) la Escala de Nivel de Dependencia (EDA), así como algunos datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad y ocupación), para determinar si los niveles de dependencia tenían alguna relación con los puntajes de las mujeres familiares para la escala de sobrecarga.

En esta investigación las y los participantes no estuvieron bajo ningún riesgo físico o emocional que pudiese dañarles, las mujeres familiares por requisito de la institución (CAAF), firman un consentimiento informado de tratamiento en donde se especifica que la información contenida en el expediente podrá ser utilizada para fines de investigación (ver anexo 3), mientras que los dependientes o abusadores de alcohol resolvieron estar de acuerdo en el entrevista telefónica para su participación en el estudio.

Resultados

Distribución de las mujeres participantes:

Todos los datos obtenidos fueron analizados con el programa SPSS versión 12. En la descripción de los datos que se obtuvieron, se observa (ver tabla 1) que las edades de las mujeres que participaron en el estudio oscilaron entre los 18 y 82 años con una media de 41.21 ± 13.18 , que el 58.4% de ellas mencionaron tener una relación de pareja con el dependiente o abusador (lo cual no significa necesariamente que estuviesen en todos los casos casadas con ellos), el 22.1% reportó ser madre de abusador o dependiente al alcohol y el 11.7% ser hija.

El 76% de las mujeres familiares reportaron estar casada o vivir en pareja en el momento en que ellas solicitaron atención en el CAFF, mientras que el 12.3% dijo permanecer en estado civil de soltera. Todas las mujeres que participaron cumplieron con el criterio mínimo de un año de convivencia con el dependiente o abusador de alcohol, la mayoría mencionó tener más de 12 años de convivencia (68.2%), el 12.3% dijo tener entre 4 y 7 años de convivencia, mientras que el resto de la muestra (9.5%) reportó tener entre 1 y 3 años de convivir con él.

En el nivel escolar, se encontró que los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera: secundaria con un 22.7%, primaria con 22%, bachillerato con un 21.4% y nivel de carrera técnica con 16.9%. En lo que respecta a ocupación, el ser ama de casa representó a la mayoría de las mujeres (46.8%), seguida de empleada (15.6%) y comerciante (15.6%).

La mayoría de ellas vive en el Distrito Federal (66.9%) y el resto en el Estado de México (33.1%).

Motivos, expectativas y percepción del consumo:

Las participantes solicitaron servicio en el CAAF, contestaron la cédula de preconsulta donde se encuentran categorías para: motivo de consulta, expectativa de tratamiento y motivo por el cual ellas consideran que su familiar bebe alcohol. Durante el proceso de recolección de datos se utilizaron 2 cédulas de preconsulta diferentes, en una primera versión cada una de estas categorías contenía varias

posibilidades que la solicitante podía calificar como: 0 = esto no me ocurre, 1 = esto es importante y 2 = esto es muy importante.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres familiares

		Frecuencia (%)
Edad:		41.21 ± 13.184
Parentesco:	Pareja	58.4
	Madre	22.1
	Hija	11.7
	Otro	7.8
Estado civil:	Vive en Pareja	76.0
	Soltera	12.3
	Otro	11.7
Años de convivencia:	Doce años o más	68.2
	De cuatro a siete años	12.3
	De uno a tres años	9.5
Escolaridad:	Secundaria	22.7
	Primaria	22.0
	Bachillerato	21.4
	Carrera técnica	16.9
	Otro	17.0
Ocupación:	Ama de casa	46.8
	Empleada	15.6
	Comerciante	15.6
	Otro	22.0
Residencia:	Distrito Federal	66.9
	Estado de México	33.1

En esta tabla se muestra la distribución de algunas características sociodemográficas en porcentajes de frecuencias de las mujeres participantes

En una segunda versión se agregaron preguntas para identificar cuál era el motivo principal de consulta, la principal expectativa de tratamiento y el principal motivo por el cual ellas consideran que su familiar consume alcohol.

En el análisis descriptivo de los resultados para estas escalas tipo likert de motivo por el cual solicitaron consulta en el CAAF se observó que (ver tabla 2) el 74% de las mujeres reportó como muy importante el acudir al servicio por

Tabla 2. Motivo de Consulta

Motivo	No me ocurre %	Importante %	Muy importante %
Siente que ya no puede más con la situación que está viviendo.	6.5	16.9	74.0
Su familiar tiene problemas con su forma de beber.	7.8	14.9	72.7
Se siente afectada emocionalmente.	5.2	18.8	72.1
Se siente deprimida.	5.2	26.0	66.2
Últimamente se ha sentido desesperada.	13.0	20.1	63.0
Tiene Problemas familiares.	8.4	29.2	58.4
Se siente muy ansiosa.	18.2	23.4	51.9
En su hogar o dentro de su familia hay problemas de violencia verbal.	16.2	24.7	55.8
En su hogar o dentro de su familia hay problemas de violencia física.	40.9	28.6	25.3
Ha pensado en quitarse la vida.	51.9	17.5	19.5
Ha intentado quitarse la vida.	64.3	11.0	10.4

En esta tabla se observa la distribución por porcentajes de frecuencia del motivo de consulta, en tres opciones: “Esto no me ocurre”, “Esto es importante” y “Esto es muy importante”

“sentir que ya no puede más con la situación que está viviendo”, mientras que 72.7% y 72.1% marcaron como muy importante el acudir al servicio porque “su familiar tiene problemas con su forma de beber” y por “sentirse afectadas emocionalmente” respectivamente.

En lo que se refiere a lo que ellas esperan del tratamiento en este centro (ver tabla 3), las mujeres familiares de abusadores o dependientes al alcohol eligieron como muy importante; “vivir de forma más tranquila” (92.2%), “ayuda profesional” (89%), “encontrar respuestas a la situación que está viviendo actualmente” (86.4%) y “recuperarse personalmente” (82.5%).

Tabla 3. Expectativa de Tratamiento

Expectativa	No me ocurre %	Importante %	Muy importante %
Vivir de forma más tranquila.	2.6	3.9	92.2
Ayuda profesional (médica, psicológica, psiquiátrica).	3.9	7.1	89.0
Encontrar respuestas sobre la situación que está viviendo actualmente.	3.2	9.1	86.4
Recuperarse personalmente.	3.2	9.7	82.5
Orientación para saber cómo tratar a su familiar.	3.9 13.6	14.3 18.8	78.6 62.3
Que su familiar deje de beber.	13.6	25.3	56.5
Recuperar a su familia o pareja.			

En esta tabla se observa la distribución por porcentajes de frecuencia de la expectativa de tratamiento de las mujeres participantes, en tres opciones: “Esto no me ocurre”, “Esto es importante” y “Esto es muy importante”

Como ya se ha mencionado en la cédula de preconsulta del CAAF, también se incluyó una escala para conocer la percepción de los familiares con respecto al origen del consumo de alcohol de su familiar. En los resultados de esta escala se muestra que (ver tabla 4): el 68.8% de ellas eligió como muy importante la opción

de que su familiar bebe “porque escapa de sus problemas”, seguida de la opción “tuvo una problemas en la infancia o una infancia muy difícil” con 58.4% y 54.5% de ellas calificó el origen del consumo por “tener baja autoestima”.

Tabla 4. Percepción del consumo de alcohol (según la mujer familiar).

Motivo de consumo	No le ocurre %	Importante %	Muy importante %
Al beber escapa de sus problemas.	11.0	17.5	68.8
Tuvo problemas en la infancia o tuvo una infancia muy difícil.	12.3	27.3	58.4
Porque tiene baja autoestima.	12.3	28.6	54.5
Por problemas familiares.	17.5	27.3	46.1
Está deprimido.	14.9	33.1	45.5
Por problemas emocionales.	18.2	26.0	44.8
Por problemas económicos.	19.5	32.5	38.3
Es muy solitario.	29.9	27.3	37.0
Le gusta divertirse.	34.4	32.5	26.6
Sus amigos lo influncian.	35.1	32.5	26.6
Es agresivo y con eso se tranquiliza.	36.4	27.3	20.5
Su familia lo indujo.	47.4	24.7	19.5
Porque tiene algún problema de salud mental.	64.3	5.2	18.8

En esta tabla se observa la distribución por porcentajes de frecuencia del motivo por el cual ellas (las familiares mujeres) consideran que su familiar bebe, en tres opciones: “Esto no le ocurre”, “Esto es importante” y “Esto es muy importante”

En la segunda versión de la cédula de preconsulta se añadieron preguntas para conocer cuál era el motivo principal de consulta, la principal expectativa de tratamiento y el principal motivo por el cual ellas consideran que su familiar bebe.

Los datos analizados sobre esta segunda versión (ver tabla 5) indican que, el principal motivo de consulta que señalaron las participantes fue, “Siento que ya

Tabla 5. Principales motivos de consulta, expectativa de tratamiento y motivo de consumo de alcohol.

	%
Motivo de Consulta:	
Siente que ya no puede más con la situación que está viviendo.	16.2
Se siente afectada emocionalmente	7.1
Su familiar tiene problemas con su forma de beber.	6.5
Expectativa de tratamiento:	
Ayuda profesional (médica, psicológica, psiquiátrica).	13.6
Recuperarse personalmente.	8.4
Que su familiar deje de beber.	8.4
Motivo de consumo del familiar:	
Al beber escapa de sus problemas.	9.1
Tuvo problemas en la infancia o tuvo una infancia muy difícil.	7.8
Esta deprimido.	5.8

En esta tabla se muestran los porcentajes para los principales motivos de consulta, expectativa de tratamiento y percepción del motivo de consumo del familiar bebedor.

no puedo más con la situación que estoy viviendo” (16.2%), mientras que la principal expectativa de tratamiento fue: “ayuda profesional” (13.6), en las alternativas de respuesta para el motivo por el cual ellas consideran que su familiar consume alcohol se encontró que “al beber escapa de sus problemas” con

un 9.1% se eligió con mayor frecuencia, pero también, “el haber tenido problemas en la infancia o una infancia difícil” fue elegida con cierta frecuencia (7.8%). Cabe mencionar que del total de la muestra recabada, el 41.5% contestó la primera versión de la cédula de preconsulta y el 58.5% la segunda versión

Validez y confiabilidad Zarit:

Se recolectaron 154 casos para la validación de la escala de sobrecarga, considerando 7 casos por reactivo en el análisis para la validación de constructo del instrumento. Se llevó a cabo un análisis factorial por Componentes Principales con rotación Varimax con 100% de especificidad y solicitando en el programa SPSS se excluyeran para la estructura factorial todos los datos menores a 0.40.

La escala demostró ser válida (explicando el 65% de la varianza) y confiable (Coeficiente de Confiabilidad de Cronbach de 0.9576) para tres dimensiones (ver tabla 7), sin embargo en los análisis de correlaciones producto momento de Pearson se observaron altas correlaciones entre algunos de los ítems. Aunque éste no es un instrumento diagnóstico, se consideró preciso tomar decisiones en cuanto a la exclusión de algunos reactivos.

Las altas correlaciones (ver tabla 6), se encontraron específicamente en los reactivos que se agruparon en el primer factor, ya que como se muestra en la tabla, algunos de estos reactivos (por la forma en que fueron redactados) pudieron estar midiendo el mismo nivel de respuesta dentro de la dimensión.

Con los 22 reactivos presentes la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador se comportó de la siguiente forma (ver tabla 7): se agruparon todos los reactivos en tres factores. En el primer factor (con una confiabilidad de 0.946) denominado “afectación y pérdida del control”, se agruparon los reactivos 1, 2, 3, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 y 22, hallándose que en la redacción y con los datos de producto momento de Pearson, las preguntas 2, 3, 16 y 17 se encontraron altamente correlacionados entre sí y entre el resto de los reactivos de esta primera dimensión.

Tabla 6. Correlaciones Entrevista de sobrecarga del cuidador: 22 reactivos

Reactivo	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	.584*	.501*	.372*	.385*	.431*	.368*	.407*	.294*	.504*	.470*	.450*	.429*	.462*	.521*	.507*	.472*	.311*	.354*	.375*	.366*	.426*
2		.791*	.505*	.404*	.523*	.416*	.626*	.503*	.659*	.681*	.649*	.536*	.598*	.645*	.662*	.631*	.427*	.457*	.324*	.390*	.548*
3			.586*	.417*	.519*	.370*	.632*	.438*	.657*	.575*	.665*	.516*	.598*	.604*	.610*	.626*	.351*	.427*	.416*	.458*	.609*
4				.678*	.619*	.452*	.441*	.588*	.562*	.551*	.562*	.633*	.498*	.522*	.569*	.527*	.405*	.456*	.425*	.395*	.524*
5					.547*	.403*	.358*	.628*	.474*	.449*	.529*	.518*	.469*	.394*	.476*	.475*	.239*	.315*	.303*	.260*	.422*
6						.460*	.496*	.584*	.696*	.555*	.602*	.590*	.527*	.545*	.619*	.632*	.440*	.441*	.242*	.289*	.523*
7							.461*	.388*	.449*	.410*	.424*	.358*	.388*	.387*	.499*	.479*	.228*	.672*	.442*	.434*	.448*
8								.462*	.603*	.528*	.581*	.405*	.658*	.620*	.644*	.556*	.365*	.536*	.344*	.392*	.561*
9									.593*	.553*	.576*	.556*	.539*	.501*	.609*	.512*	.312*	.365*	.212*	.324*	.498*
10										.661*	.641*	.514*	.571*	.633*	.725*	.682*	.480*	.552*	.412*	.421*	.648*
11											.740*	.649*	.563*	.608*	.619*	.620*	.562*	.467*	.431*	.488*	.525*
12												.723*	.594*	.607*	.636*	.651*	.444*	.447*	.378*	.472*	.602*
13													.537*	.525*	.525*	.611*	.449*	.389*	.362*	.438*	.529*
14														.684*	.673*	.592*	.404*	.473*	.337*	.409*	.497*
15															.705*	.597*	.457*	.546*	.451*	.485*	.524*
16																.738*	.534*	.656*	.415*	.458*	.700*
17																	.450*	.566*	.471*	.512*	.642*
18																		.487*	.216*	.243*	.369*
19																			.543*	.520*	.542*
20																				.733*	.475*
21																					.514*

* $p < 0.01$

Tabla 7. Estructura Factorial Componentes Principales, rotación Varimax: 22 reactivos

Reactivo	1	2	3
1.- Siento que mi familiar que consume alcohol demanda más ayuda de la que necesita.	.568		
2.- Siento que debido al tiempo que le dedico a mi familiar consumidor de alcohol no tengo tiempo para mí.	.806		
3.- Me siento dividida (a) entre cuidar a mi familiar consumidor de alcohol y el resto de mis obligaciones familiares o de trabajo.	.724		
8.- Siento que mi familiar consumidor de alcohol depende de mí.	.716		
14.- Siento que mi familiar consumidor de alcohol espera que yo me encargue de él, como si yo fuera la única persona en la que puede confiar.	.681		
15.- Siento que me hace falta dinero para hacerme cargo de mi familiar consumidor de alcohol, pues tengo más gastos.	.721		
16.- Siento que no seré capaz de cuidar a mi familiar consumidor de alcohol por mucho tiempo más.	.702		
18.- Desearía poder dejar el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol a otra persona.	.595		
10.- Siento que mi salud se ha visto afectada debido a que cuido de mi familiar consumidor de alcohol.	.680	.411	
11.- Siento que no tengo tanta privacidad como me gustaría, debido a mi familiar consumidor de alcohol.	.641	.410	
12.- Siento que mi vida social se ha visto deteriorada por cuidar de mi familiar consumidor de alcohol.	.614	.509	
17.- Siento que he perdido el control de mi vida desde que mi familiar consumidor de alcohol bebe con frecuencia.	.607		
22.- ¿Qué tan a menudo se ha sentido agobiada por convivir con su familiar consumidor de alcohol?	.523		.447
6.- Siento que actualmente mi familiar consumidor de alcohol afecta negativamente en mi relación con otros miembros de la familia o con mis amistades.	.497	.638	
4.- Me siento apenada por el comportamiento de mi familiar consumidor de alcohol.		.729	
5.- Me siento enojada cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol.		.834	
9.- Me siento estresada cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol.		.738	
13.- Me siento incomoda de invitar amistades a la casa debido a mi familiar consumidor de alcohol.	.414	.633	
7.- Siento miedo por lo que representa el futuro para mi familiar consumidor de alcohol.			.615
19.- Me siento insegura sobre el futuro de mi familiar consumidor de alcohol.	.423		.662
20.- Siento que debería estar haciendo más por mi familiar consumidor de alcohol.			.863
21.- Siento que podría estar haciendo un mejor trabajo con el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol.			.800
Alpha Cornbach por factor.	.946	.876	.833
Alpha Cornbach	.9576		

Varianza Explicada. 65.337

Esta tabla muestra además de la Estructura Factorial, las alphas de Cronbach por dimensión y la confiabilidad total del instrumento con 22 reactivos.

El segundo factor llamado “percepción del deterioro de la vida privada”, con una confiabilidad de 0.876, se conformó por los reactivos 4, 5, 6, 9 y 13, mostrando una elevada consistencia interna y validez en cuanto a la evaluación del constructo exceptuando el reactivo 13: “Me siento incomoda de invitar amistades a la casa debido a mi familiar consumidor de alcohol”, el cual mostró correlaciones altas con el resto de las preguntas agrupadas en esta dimensión. Con respecto a la tercera dimensión denominada para este estudio “percepción sobre la responsabilidad del cuidado y temor por el futuro del paciente”, se agruparon los ítems 7, 19, 20, y 21, con un alpha de Cronbach de 0.833.

Basado en el argumento sobre las correlaciones y la redacción de algunas de las preguntas se excluyeron los reactivos 2, 3, 16 y 17 para realizar un segundo análisis factorial así como el correspondiente análisis de confiabilidad por alpha de Cronbach, obteniéndose los siguientes resultados (ver tablas 8 y 9): los reactivos se agruparon en los mismos tres factores, disminuyendo muy poco la confiabilidad total de la escala (0.942), así como la confiabilidad de primer factor, (de 0.946 a 0.904), manteniéndose igual para el segundo (0.876) y aumentando en la tercer dimensión (0.850). Aunque el instrumento se comportó de forma óptima aún con la exclusión de los reactivos 2, 3, 16 y 17, se observó que aún se presentaban altas correlaciones producto momento de Pearson entre algunos de los reactivos restantes, por ello se llevo a cabo un tercer análisis factorial donde se excluyeron, además de los reactivos ya omitidos, los ítems 11, 12 y 13.

La escala mostró poseer propiedades psicométricas óptimas (ver tabla 11) con 15 reactivos. El Alpha de Cronbach general del instrumento fue consistente (0.925) a pesar de que disminuyó, esta disminución no es considerable si se toma en cuenta que 7 reactivos fueron omitidos de la Entrevista original. La confiabilidad por dimensión también sufrió modificaciones dado que, en el primer factor disminuyó de 0.904 a 0.862, mientras que en el segundo también se observó un disminución de 0.018 (de 0.876 a 0.858), manteniéndose la confiabilidad para el tercer factor (0.850). En cuanto a las correlaciones producto momento de Pearson, se observaron puntuaciones consistentes mayores a 0.30 y menores de 0.60 con excepción de las correlaciones entre los reactivos 15 y 14, 15 y 8, 22 y 10, 6 y 8,

Tabla 8. Estructura Factorial Componentes Principales, rotación Varimax: 18 reactivos

Reactivo	1	2	3
18.- Desearía poder dejar el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol a otra persona.	.753		
15.- Siento que me hace falta dinero para hacerme cargo de mi familiar consumidor de alcohol, pues tengo más gastos.	.701		
8.- Siento que mi familiar consumidor de alcohol depende de mí.	.663		
14.- Siento que mi familiar consumidor de alcohol espera que yo me encargue de él, como si yo fuera la única persona en la que puede confiar.	.650		
11.- Siento que no tengo tanta privacidad como me gustaría, debido a mi familiar consumidor de alcohol.	.650	.415	
10.- Siento que mi salud se ha visto afectada debido a que cuido de mi familiar consumidor de alcohol.	.645	.442	
12.- Siento que mi vida social se ha visto deteriorada por cuidar de mi familiar consumidor de alcohol.	.578	.539	
1.- Siento que mi familiar que consume alcohol demanda más ayuda de la que necesita.	.477		
5.- Me siento enojada cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol.		.855	
9.- Me siento estresada cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol.		.752	
4.- Me siento apenada por el comportamiento de mi familiar consumidor de alcohol.		.738	
13.- Me siento incomoda de invitar amistades a la casa debido a mi familiar consumidor de alcohol. Se siente incomodo de invitar a sus amistades debido a su familiar.	.419	.625	
6.- Siento que actualmente mi familiar consumidor de alcohol afecta negativamente en mi relación con otros miembros de la familia o con mis amistades.	.509	.633	
20.- Siento que debería estar haciendo más por mi familiar consumidor de alcohol.			.871
21.- Siento que podría estar haciendo un mejor trabajo con el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol.			.813
19.- Me siento insegura sobre el futuro de mi familiar consumidor de alcohol.	.468		.645
7.- Siento miedo por lo que representa el futuro para mi familiar consumidor de alcohol.			.615
22.- ¿Qué tan a menudo se ha sentido agobiada por convivir con su familiar consumidor de alcohol?	.456		.471
Alpha Cronbach por factor.	.904	.876	.850
Alpha Cronbach	.942		

Varianza explicada: 65.147

Esta tabla muestra además de la Estructura Factorial, las alphas de Cronbach por dimensión y la confiabilidad total del instrumento sin los reactivos 2, 3, 16 y 17.

Tabla 9. Correlaciones Entrevista de sobrecarga del cuidador: 18 reactivos

Reactivo	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22
1	.372*	.385*	.431*	.368*	.407*	.294*	.504*	.470*	.450*	.429*	.462*	.521*	.311*	.354*	.375*	.366*	.426*
4		.678*	.619*	.452*	.441*	.588*	.562*	.551*	.562*	.633*	.498*	.522*	.405*	.456*	.425*	.395*	.524*
5			.547*	.403*	.358*	.628*	.474*	.449*	.529*	.518*	.469*	.394*	.239*	.315*	.303*	.260*	.422*
6				.460*	.496*	.584*	.696*	.555*	.602*	.590*	.527*	.545*	.440*	.441*	.242*	.289*	.523*
7					.461*	.388*	.449*	.410*	.424*	.358*	.388*	.387*	.228*	.672*	.442*	.434*	.448*
8						.462*	.603*	.528*	.581*	.405*	.658*	.620*	.365*	.536*	.344*	.392*	.561*
9							.593*	.553*	.576*	.556*	.539*	.501*	.312*	.365*	.212*	.324*	.498*
10								.661*	.641*	.514*	.571*	.633*	.480*	.552*	.412*	.421*	.648*
11									.740*	.649*	.563*	.608*	.562*	.467*	.431*	.488*	.525*
12										.723*	.594*	.607*	.444*	.447*	.378*	.472*	.602*
13											.537*	.525*	.449*	.389*	.362*	.438*	.529*
14												.684*	.404*	.473*	.337*	.409*	.497*
15													.457*	.546*	.451*	.485*	.524*
18														.487*	.216*	.243*	.369*
19															.543*	.520*	.542*
20																.733*	.475*
21																	.514*

* $p < 0.01$

Tabla 10. Correlaciones Entrevista de sobrecarga del cuidador: 15 reactivos

Reactivo	4	5	6	7	8	9	10	14	15	18	19	20	21	22
1	.372*	.385*	.431*	.368*	.407*	.294*	.504*	.462*	.521*	.311*	.354*	.375*	.366*	.426*
4		.678*	.619*	.452*	.441*	.588*	.562*	.498*	.522*	.405*	.456*	.425*	.395*	.524*
5			.547*	.403*	.358*	.628*	.474*	.469*	.394*	.239*	.315*	.303*	.260*	.422*
6				.460*	.496*	.584*	.696*	.527*	.545*	.440*	.441*	.242*	.289*	.523*
7					.461*	.388*	.449*	.388*	.387*	.228*	.672*	.442*	.434*	.448*
8						.462*	.603*	.658*	.620*	.365*	.536*	.344*	.392*	.561*
9							.593*	.539*	.501*	.312*	.365*	.212*	.324*	.498*
10								.571*	.633*	.480*	.552*	.412*	.421*	.648*
14									.684*	.404*	.473*	.337*	.409*	.497*
15										.457*	.546*	.451*	.485*	.524*
18											.487*	.216*	.243*	.369*
19												.543*	.520*	.542*
20													.733*	.475*
21														.514*

* $p < 0.01$

sin embargo, se consideró que éstas podían ser toleradas en el funcionamiento de la escala.

La Entrevista de Sobrecarga del Cuidador en mujeres familiares de usuarios de alcohol con 15 reactivos, reportó mejores propiedades psicométricas, así como de medición teórica para el constructo.

Una vez realizados los análisis estadísticos descritos y encontrado las propiedades óptimas para la adaptación y validación del instrumento, se recolectaron datos de los dependientes o abusadores de alcohol que tenían algún parentesco con las familiares que participaron en la validación de la escala. Los datos que se recolectaron incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación y escolaridad), así como la aplicación de la EDA. El contacto fue vía telefónica sólo con los dependientes o abusadores de alcohol de las familiares que reportaron ser esposas o madres de los mismos. De 154 mujeres que primeramente participaron sólo 124 reportaron ser madre o esposas de los dependientes.

Tabla 11. Estructura Factorial Componentes Principales, rotación Varimax: 15 reactivos

Reactivo	1	2	3
18.- Desearía poder dejar el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol a otra persona.	.748		
15.- Siento que me hace falta dinero para hacerme cargo de mi familiar consumidor de alcohol, pues tengo más gastos.	.711		
8.- Siento que mi familiar consumidor de alcohol depende de mí.	.683		
14.- Siento que mi familiar consumidor de alcohol espera que yo me encargue de él, como si yo fuera la única persona en la que puede confiar.	.668		
10.- Siento que mi salud se ha visto afectada debido a que cuido de mi familiar consumidor de alcohol.	.647	.463	
1.- Siento que mi familiar que consume alcohol demanda más ayuda de la que necesita.	.487		
5.- Me siento enojada cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol.		.870	
9.- Me siento estresada cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol.		.765	
4.- Me siento apenada por el comportamiento de mi familiar consumidor de alcohol.		.733	
6.- Siento que actualmente mi familiar consumidor de alcohol afecta negativamente en mi relación con otros miembros de la familia o con mis amistades.	.530	.635	
20.- Siento que debería estar haciendo más por mi familiar consumidor de alcohol.			.881
21.- Siento que podría estar haciendo un mejor trabajo con el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol.			.832
19.- Me siento insegura sobre el futuro de mi familiar consumidor de alcohol.	.509		.619
7.- Siento miedo por lo que representa el futuro para mi familiar consumidor de alcohol.			.594
22.- ¿Qué tan a menudo se ha sentido agobiada por convivir con su familiar consumidor de alcohol?	.468		.470
Alpha Cornbach por factor.	.862	.858	.850
Alpha Cornbach	.925		

Varianza explicada: 65.993

Esta tabla muestra además de la Estructura Factorial, las alphas de Cronbach por dimensión y la confiabilidad total del instrumento sin los reactivos 2, 3, 11, 12, 13, 16 y 17.

Se intentó contactar a los consumidores problema de estas mujeres seleccionadas vía telefónica, sin embargo se encontró, que en 19 de los 124 casos el teléfono proporcionado no existía, no conocían a la persona solicitada o la línea telefónica se encontraba suspendida. En 20 hogares más no contestaron, cabe aclarar que se intentó comunicarse por lo menos en tres ocasiones distintas y en horarios diferentes. En 3 de los casos se reportó que el usuario se encontraba anexo, 4 de las llamadas no pudieron hacerse, ya sea porque la familiar no tenía teléfono o el número proporcionado fue celular.

De los 78 posibles casos sólo se logró la participación de 31 dependientes o abusadores de alcohol, con el resto de la posible muestra, no se pudo tener contacto, en su mayoría, porque los bebedores trabajaban y llegaban en horarios que complicaban la entrevista (horarios diversos o muy tarde).

Distribución de los usuarios de alcohol:

Casi la totalidad de la muestra recabada fueron hombres (96.7%), de los 31 usuarios de alcohol que aceptaron participar, reportaron una media de edad de 39.60 ± 11.70 con una edad mínima de 18 y una máxima de 63. Las principales actividades económicas a las que dijeron dedicarse fueron (ver tabla 12): 40.0% como empleado, 26.6% reportaron ganarse la vida como comerciante y 16.6% lo hace por medio de un empleo eventual.

Dentro del cuestionario EDA que se aplicó de forma telefónica también se agregó el nivel académico de los bebedores, con respecto a ello, la muestra se distribuyó de la siguiente forma: (ver tabla 12) el 33.4% mencionó tener un nivel máximo de estudios de Secundaria y nivel Medio Superior, mientras que para los grados académicos de Primaria y Licenciatura, el porcentaje fue de 16.6%.

Escala de Nivel de Dependencia al Alcohol:

De los resultados obtenidos en la entrevista telefónica con los dependiente o abusadores de alcohol, se encontró que sólo 2 no cumplieron criterios para ningún nivel de dependencia, el 19.4% presento dependencia baja al etanol según la escala de nivel de dependencia EDA. La mayoría de los participantes se

ubicaron en un nivel de dependencia moderado (29%) mientras que para el parámetro de dependencia sustancial y severa, los porcentajes fueron similares (22.6%).

Tabla 12. Características sociodemográficas de bebedores.

		Frecuencia (%)
Edad:		39.60 ± 11.70
Ocupación:	Empleado	40.0
	Comerciante	26.6
	Empleo eventual	16.6
	Sin ocupación	13.4
	Estudiante	3.4
Escolaridad:	Secundaria	33.4
	Bachillerato	33.4
	Primaria	16.6
	Licenciatura	16.6

En esta tabla se muestra la distribución de algunas características sociodemográficas en porcentajes de frecuencia de los dependientes o abusadores que respondieron la EDA vía telefónica.

De acuerdo a la trayectoria académica de los participantes, el nivel de dependencia se describió como se muestra en la tabla 13, resaltando que más usuarios de alcohol con licenciatura y secundaria reportaron un nivel de dependencia sustancial, mientras que para el caso de dependencia severa, los participantes con nivel académico de primaria resultaron ser más frecuentes.

Tomando como referencia la ocupación de los usuarios de alcohol, los niveles de dependencia se agruparon por frecuencias como se muestra en la tabla (ver tabla 14), donde se puede observar que mayor parte de los empleados reportaron un nivel de dependencia sustancial, siendo el no tener ocupación mayor para un nivel severo de dependencia.

Tabla 13. Nivel de dependencia por grado académico

	Sin evidencia	Baja	Moderada	Sustancial	Severa
Primaria.	0	0	0	1	4
Secundaria.	0	2	2	4	2
Preparatoria.	2	2	2	3	1
Licenciatura.	0	1	0	4	0

Frecuencias crudas del nivel de dependencia de alcohol por grado académico de los participantes.

Tabla 14. Nivel de dependencia por ocupación

	Sin evidencia	Baja	Moderada	Sustancial	Severa
Empleado.	1	2	2	4	3
Comerciante.	1	2	0	3	3
Eventual.	0	0	2	2	1
S/ocupación.	0	1	0	1	4

Frecuencias crudas del nivel de dependencia al alcohol por ocupación de los participantes.

Nivel de dependencia al alcohol y sobrecarga.

Para determinar si existía alguna relación entre el nivel de dependencia al alcohol por parte de los usuarios y la sobrecarga experimentada por sus familiares, se llevo a cabo un análisis de correlación producto momento de Pearson (ver tabla 15), la cual mostró que no existe relación entre los niveles de sobrecarga de las familiares y los niveles de dependencia al etanol por parte de los bebedores.

Tabla 15. Correlaciones Nivel de Dependencia y puntuación Zarit

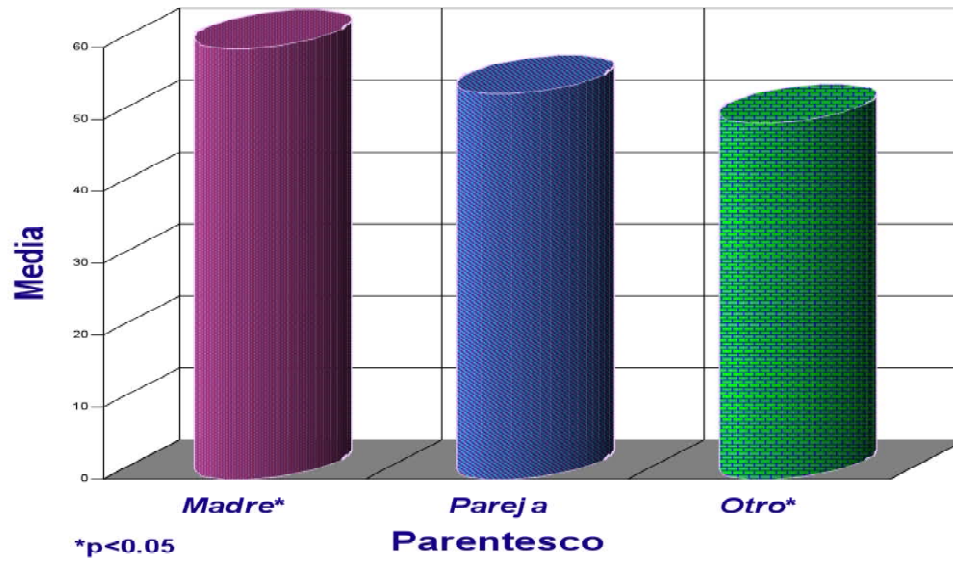
	Nivel de dependencia.	Zarit.
Nivel de dependencia.	1.00	-.009 .964
Puntuación Zarit.	-.009 .964	1.00

Correlaciones producto momento de Pearson sobre los niveles de sobrecarga de las parejas y madres, y los niveles de dependencia de los bebedores.

Sobrecarga afectiva y parentesco

Se llevó a cabo un análisis de varianza para evaluar si existían diferencias entre la sobrecarga reportada por las mujeres familiares de dependientes o abusadores de alcohol (puntajes totales) y el parentesco con este, hallándose que entre las madres de los bebedores y las esposas no existen diferencias significativas, sin embargo se encontró que existe evidencia estadísticamente significativa ($p < 0.5$) entre el grupo de madres de los dependientes o abusadores de alcohol y el grupo que reportó otro tipo de parentesco, como hija, hermana, abuela y tía, con respecto a los puntajes totales obtenidos en la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (véase figura 1), entendiéndose que las madres de familiares con un Trastorno por Uso de Alcohol experimentan una mayor sobrecarga (puntuación total) que las hijas, hermanas, tías o abuelas de los dependientes o abusadores de alcohol.

Figura 1. Diferencias entre el parentesco y puntuación total en la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador



Discusión y conclusiones

El consumo de alcohol dentro de la familia es de presencia común en alguno de sus miembros, ya sea en festejos, reuniones o para socializar en algún evento informal. Para este estudio fue importante aclarar las diferencias preceptuales que pueden suscitarse en torno al consumo de alcohol (uso, abuso y dependencia).

Fueron las mujeres participantes quienes determinaron en su diario accionar, la severidad que el problema del consumo de alcohol representaba para sus familias y para sus propias vidas.

En la descripción de los motivos de consulta de las mujeres participantes (cabe aclarar que, las participantes pudieron elegir más de un motivo de consulta como muy importante) se encontró que los motivos de consulta fueron “sentir que ya no puede más con la situación que está viviendo” con un 74%, mientras que 72.7% y 72.1% marcaron como muy importante el acudir al servicio porque “su familiar tiene problemas con su forma de beber” y por “sentirse afectadas emocionalmente”.

Estos resultados contrastan con los resultados obtenidos por Tenorio y *et al.* (1998) donde describieron los principales motivos de consulta de los familiares que acudieron al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares CAAF, encontrando que el 52% de los familiares de alcohólicos solicitó orientación para manejo y trato del paciente, el 24% acudió al servicio por problemas que expresaron como emocionales, cuyos síntomas fueron: depresión, insomnio, neurosis, cansancio, irritabilidad, ansiedad, angustia, temor, fobias.

En otros estudios se han reportado distintas fuentes de preocupación que giran en torno a esta problemática social, como son; la conducta impredecible y la salud de los usuarios, los efectos negativos del consumo en la economía, la irresponsabilidad del usuario en la casa y en el trabajo, los celos y el hostigamiento sexual que experimentan las esposas. (Tenorio *et al.*, 1998; Natera *et al.*, 1997)

Es de importancia la afectación emocional que reportan, ya que estos estudios a más de 10 años de distancia, aportan información valiosa de cómo los

problemas emocionales han sido y son una consecuencia que experimentan las mujeres familiares de dependientes y abusadores de alcohol, resaltándose aquí la utilidad de la categoría de género, la cual es adecuada para analizar y comprender la condición femenina y la situación de las mujeres, siéndolo también para analizar la condición masculina y la situación vital de los hombres (Lagarde, 1996), pues este grado de afectación emocional es de cuidado ya que como ponen de relieve los resultados de Martín y colaboradores (1997), quienes señalan que se trata de un grupo de riesgo para la presentación de trastornos psiquiátricos, lo cual se explica con mayor claridad en esta investigación no sólo por los niveles de sobrecarga reportados, sino porque el 19.5% de las mujeres ha pensado de manera importante en quitarse la vida, mientras que el 21.4% ya lo ha intentado alguna vez. Es decir, la carga que la sociedad deposita en las mujeres no sólo atenta contra su integridad psíquica y física sino que pone en riesgo su vida misma, pues las mujeres no encuentran medios que les permitan despojarse o compartir esta carga con las instituciones que deben protegerlas.

Estas mujeres (en este estudio) que conviven con dependientes o abusadores alcohol, viven en constante estrés ocasionado por el consumo patológico de sus esposos e hijos. Como se presentó en los resultados ellas reportaron experimentar violencia pues el 25.3% y 55.8% reportaron como muy importante, experimentar violencia física y verbal respectivamente.

Datos similares han encontrado Tenorio y *et al.* (1998), pues reportaron que el 14% reportó problemas con su pareja principalmente agresión física y/o verbal, estos datos referentes a la presencia de la violencia como consecuencia de la convivencia de un bebedor patológico han sido encontrados en otros estudios (Dawson *et al.*, 2007; Medina-Mora *et al.*, 2001; Glantz-wright *et al.*, 2004; Palomar, 1999; Mora *et al.*, 1998; Natera *et al.*, 1997).

Algunos autores han encontrado algunas respuestas al porqué de los eventos violentos dentro de las familias con un miembro que padece algún Trastorno por Uso de Alcohol. Glantz-wright y *et al.* (2004) sugieren que los hombres encuentran en el consumo de alcohol una justificación de maltrato hacia su pareja, mientras que Medina-Mora *et al.*, (2001) reportan que cuanto mayor es

la intensidad de la violencia, mayor resulta la participación del alcohol, con índices que oscilan entre 8%, en el caso de la violencia verbal, 23 y 26%, cuando la violencia incluyó golpes, y 52%, cuando se forzó a la pareja al acto sexual (Medina- Mora *et al.*, 2001) de ahí que estos resultados nos obliguen a pensar también en las medidas que se debieran tomase par el trabajo con los varones.

Más allá de la relevancia de los datos empíricos encontrados, la comprensión integral de ellos resulta imprescindible pues el realizar un abordaje (de cualquier temática) desde la perspectiva de género no garantiza la comprensión de los eventos, pues se puede suponer que antes las mujeres y su entorno estaban bien o mejor, como si su situación previa no fuese suficientemente conflictiva (Lagarde, 1996).

Las múltiples distorsiones de la perspectiva de género, provienen también de sus uso exclusivo para analizar a las mujeres y desarrollar programas con ellas, aún cuando al teoría de género permite analizar, comprender y develar a los hombres, de ahí la importancia de incluir la categoría de sobrecarga afectiva en familiares de dependientes o abusadores nutrida con la perspectiva de género, pues posibilita la visualización de la problemática más allá de las consecuencias físicas y sociales que se han reportado en el abordaje del tema, no sólo desde la perspectiva del conflicto del consumo en sí mismo, sino de las consecuencias personales que ocasiona a cada miembro de la familia en su cotidianidad, pues no es natural que sean las mujeres quienes se encarguen del las atenciones y servicios dentro del espacio privado, sino que han sido los designios sociales, con la participación directa de todos los individuos que conformamos una sociedad quienes hemos depositado en ellas estas responsabilidades sin asumir a la vez la responsabilidad por la contención y el cuidado de estas mujeres.

Es aquí donde el marco de referencia adquiere importancia, pues desde el modelo conflictivo-tensional (Burin *et al.*, 1991), los resultados obtenidos pueden ser comprendidos como el producto de las contradicciones y tensiones entre la experiencia vital y las expectativas de género (Buriyovich, 2001), abogando porque los conflictos no se estereotipen bajo la forma de enfermedad, sino que conserven su estado dinámico, su movilidad y flexibilidad (Burin, 2002).

La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen (Lagarde, 1996).

Por ello es que contar con instrumentos fiables y válidos que puedan aportar evidencia estadística sobre estos abordajes, es fundamental, pues permite hacer visible un problema que suele permanecer oculto y que ha llevado a desestimar los costos que tiene para grandes sectores de la población la desigual distribución de tareas en el cuidado de familiares, así como la necesidad de políticas públicas que asuman la responsabilidad del Estado ante esta situación.

En los últimos 10 años la Escala de Sobrecarga del Cuidador ha sido adaptada y validada para cuidadores de diferentes padecimientos (Artaso *et al.*, 2003; Babarro, Barral, Ponce, Ruiz & Pastor, 2004; González *et al.*, 2004; Montorio *et al.*, 1998; Turró, Soler, Garre, López, Vilalta & Monserrat, 2008). Para la inclusión de la categoría de sobrecarga se partió del supuesto de que, cohabitar y convivir con personas que padecen algún Trastorno por Uso de Alcohol representa una sobrecarga de trabajo, mayor inversión económica y deterioro de la vida privada, además de ello, representa, para la familia específicamente para las mujeres que los asisten, sobrecarga afectiva (malestares subjetivos) debido a estas atenciones, pues como lo comenta Lagarde (1996), *“En el sentido patriarcal de la vida de las mujeres deben vivir de espaldas a ellas mismas, como seres para los otros”*.

Aunque ciertamente este estudio es un primer acercamiento del concepto y medición de la sobrecarga en familiares de dependientes y abusadores, sin embargo los resultados obtenidos merecen de atención pues en la validación de la escala de sobrecarga, el instrumento mostró mejores propiedades psicométricas con 15 reactivos, hallándose tres factores que explicaron el 66% de la varianza. En el primer factor (con una confiabilidad de 0.862) denominado “dependencia y

demanda”, donde se agruparon los ítems 1, 8, 10, 14, 15 y 18, los cuales hacen referencia a la percepción de la familiar con respecto al grado de dependencia que el alcohólico tiene con ella, haciendo referencia a la falta de dinero y a la demanda de atención por parte del consumidor de etanol. El segundo factor llamado “percepción del deterioro de la vida privada”, con un alpha de Cronbach de 0.858, se conformó por los reactivos 4, 5, 6 y 9, los cuales se refieren a situaciones como: no tener tiempo libre para ellas mismas, deterioro de sus relaciones personales, así como la afectación de la dinámica de su vida cotidiana y actividades de ocio. Con respecto a la tercera dimensión denominada para este estudio “mejora del cuidado y temor al futuro del paciente”, se agruparon los ítems 7, 19, 20, 21 y 22 (alpha de Cronbach de 0.85), que se refieren a la percepción por mejorar el cuidado del dependiente o abusador de alcohol (hacer más y/o mejor) y al temor que ellas experimentan por lo que pueda pasar con sus familiares que padecen un TUA.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Artaso y *et al.* (2003), quienes reportaron en su validación con cuidadores de pacientes con Alzheimer un Alpha de Cronbach = 0.81. Por su parte, Martín y *et al.* (1997) encontraron un coeficiente de fiabilidad (alpha de Cronbach) de 0.91 para esta misma escala, describiendo la distribución de los reactivos en el análisis factorial, en tres dimensiones que explicaron el 53% de la Varianza. El primero (“sobrecarga”) el interpretaron como reflejo del impacto subjetivo de la relación de cuidados sobre las vidas de los cuidadores, mientras que el segundo (“rechazo”) agrupo ítems relacionados con sentimientos de rechazo/hostilidad hacia el familiar o paciente. El tercer factor (“competencia”) se relacionó con la autovaloración de los cuidadores de su competencia para seguir manteniendo la relación de cuidados.

A su vez, en un estudio llevado a cabo por Montorio y *et al.* (1998), realizaron un análisis de componentes principales rotación Varimax, destacando igualmente la presencia de 3 factores: impacto del cuidado, interpersonal y expectativas de auto eficacia, los cuales explicaron el 55% de la varianza.

Donde el *Impacto del cuidado*, refería a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos de la prestación de los cuidados (falta de tiempo libre, falta de

intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control de su vida, estragos en la salud). En la dimensión nombrada *Interpersonal*, están integrados los elementos que se refieren a la relación que el cuidador mantiene con la persona cuidada (deseo de delegar el cuidado en otros, sentimiento de vergüenza, enfado o tensión e indecisión). Por último en el factor *expectativas de auto-eficacia*, se encuentra contenidas las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar (el deber de hacerlo, la falta de recursos económicos, no poder seguir prestando los cuidados por mucho tiempo más). Entre los tres diferentes factores la consistencia interna fue de 0.69 a 0.90, dependiendo de la dimensión.

Se han encontrado resultados diferentes en cuanto a dimensiones reportadas por medio de análisis factorial. Turró y *et al.* (2008), en su validación de la escala misma escala, encontraron cinco factores que explicaban el 60% de la varianza, denominando al primero “carga social” (alpha de Cronbach de 0.90), el cual hace referencia a la afectación de la vida social del cuidador. El segundo factor que agrupo ítems sobre el grado de estrés del cuidador lo nombraron “estrés psicológico” con un alpha de 0.73. El tercer factor incluyó los sentimientos del cuidador (“sentimientos de culpabilidad”) y obtuvo un alpha de Cronbach de 0.90. El cuarto factor se refirió a la afectación emocional del cuidador y se denominó “presión” (consistencia interna de 0.68). Mientras que el quinto y último factor obtuvo un alpha de 0.59 y lo nombraron “relación de dependencia”, refiriéndose está dependencia al paciente.

En España se llevo acabo una investigación para reducir este instrumento. El estudio teórico llevó a desglosar la EZ en varios grupos de preguntas según exploraran diferentes campos: la sensación de sobrecarga experimentada por el cuidador se asoció con los ítems 1, 3, 8, 9, 14, 16, 18 y 22. El abandono del autocuidado tanto en temas de salud como autoimagen se asoció con los ítems 2-10. La vergüenza ante la presencia o comportamiento del familiar enfermo se asoció con los ítems 4-13. La irritabilidad ante la presencia del familiar se asoció con el ítem 5. El miedo por los cuidados o el futuro del familiar se asoció con los ítems 7-19. La pérdida de rol social y familiar al tener que asumir el rol de cuidador

se asoció con los ítems 6, 11, 12, 17. La alteración de la economía a causa de la enfermedad del familiar se asoció con el ítem 15. Por último, el sentimiento de culpabilidad generado por no hacer lo suficiente, se asoció con los ítems 20 y 21. El procedimiento de la regresión logística seleccionó los ítems siguientes: 2, 3, 6, 9, 10, 17 y 22. La significación para entrar en el modelo se estableció en un valor de p inferior a 0,05 (Gort *et al.*..., 2005).

Tiburcio y *et al.* (2003) observaron que al entrevistar a familiares de usuarios de drogas y alcohol en México y en Inglaterra, en ambos países no diferían las sintomatologías psicológicas asociadas al consumo de drogas, sin embargo las mexicanas obtuvieron mayores puntuaciones en la sintomatología física. Sin ser la intención de estos autores la de validar escala o instrumento alguno, encontraron tres estresores principales en los familiares:

1. El comportamiento del usuario (p.e. preocupación por la salud o por los cambios de ánimo y conducta).
2. Los efectos negativos que se generan en la familia (Deterioro de la relación, obstaculización de planes familiares, experiencias de abuso, maltrato físico y verbal, la economía familiar, así como las discusiones entre los diferentes miembros).
3. Las repercusiones del consumo en el medio social (problemas con los vecinos, con la policía, en la escuela y en el trabajo).

Estos hallazgos son parecidos a las tres dimensiones descritas en esta investigación en las cuales se agruparon los ítems de la Entrevista de Sobrecarga de Cuidador, pues el primer estresor que proponen Tiburcio y *et al.* puede ser equiparable al tercer factor denominado “mejora del cuidado y temor al futuro del paciente”.

El segundo estresor propuesto por estos autores es similar a la segunda dimensión descrita en la validación de la escala de sobrecarga, la cual se denomina “percepción del deterioro de la vida privada”. Mientras que el tercer estresor propuesto por Tiburcio y *et al.* aunque no comparte del todo las características del primer factor hallado en este estudio, ambas categorías hacen referencia al grado en que se percibe la afectación de responsabilidades sociales,

por un lado “problemas con vecinos, con la policía, en la escuela y en el trabajo” (Tiburcio, *et al.*, 2003) y por otro lado los resultados obtenidos en esta investigación con respecto a la primer dimensión; falta de dinero y demanda de atención del usuarios de alcohol.

La Entrevista de Sobrecarga del Cuidador para este estudio brinda como herramienta teórica metodológica y psicométrica un pequeño acercamiento concreto sobre el malestar psicológico de la mujeres (Burin *et al.*, 1991; Burin, 2002), causado por la relación cotidiana específica de convivir con abusadores o dependientes al alcohol. Por lo tanto, el constructo puede ser utilizado para estudios sobre lo determinante de los sentimientos de sobrecarga en la salud mental femenina, o sobre la eficacia de programas de intervención con familiares de pacientes consumidores de alcohol a todas luces necesarios (Martín *et al.*, 1997).

Montorio y *et al.* (1998): *“El concepto de sobrecarga utilizado en los estudios con cuidadores familiares de personas-mayores, ha estado carente de referentes teóricos, adoleciendo también de deficiencias metodológicas”*, y dado dada la muestra para este estudio (familiares mujeres) de abusadores o dependientes al alcohol, la inclusión de la categoría es innovadora, por ello fue necesario acuñar herramientas teóricas óptimas para las bases del concepto, permitiendo así contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia médica y psicopatológica desde las mujeres y con las mujeres (Lagarde, 1996).

En relación a las cuidadoras de pacientes crónico neurodegenerativos, se encontraron diferencias y similitudes con respecto a las mujeres familiares de dependientes y abusadores de alcohol. Muchos de las cuidadoras de pacientes geriátricos y con Alzheimer se reportan como hijas de los/las pacientes (79% y 51% respectivamente), mientras que sólo el 21% y el 31.5% son esposas, mostrando claras diferencias pues en esta investigación el parentesco de mayor porcentaje (58.4%). La edad media de las cuidadoras de pacientes geriátricos es de 54 años, para cuidadores de pacientes oncológicos (principalmente) es de 58 años, y para pacientes con Alzheimer es de 54.5 años, mientras que para este

estudio fue de 41.21, sin embargo, existen similitudes con respecto a que más del 90% son mujeres para pacientes geriátricos dedicándose más de la mitad al hogar, mientras que 86.3% se reportaron mujeres cuidadoras de pacientes oncológicos y 83.7% como cuidadoras de Alzheimer (Artaso *et al.*, 2003; Gort *et al.*, 1998).

Montorio y colaboradores (1998), encontraron correlación estadísticamente significativa entre los niveles de sobrecarga de cuidadoras de pacientes geriátricos y la severidad de los problemas de conducta ($t = 2.8$, $p < 0.01$), mientras que para este estudio no se encontró relación significativa entre los puntajes totales en la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador y la severidad de la dependencia al alcohol, quizás por lo pequeño de la N (31) para la muestra de consumidores de alcohol, esto también difiere con lo reportado por Mora y *et al.* (1998) pues sugieren (desde otro marco conceptual) que el nivel de malestar psicológico, emocional y afectivo ante el uso de alcohol y drogas esta en función de una serie de aspectos como son: la severidad del problema de consumo en el usuario, el cual puede ser un consumo experimental por parte de un adolescente o bien un consumo de más de diez años.

En otros estudios realizados con cuidadores de pacientes con padecimientos crónico-neurodegenerativos se ha encontrado que, las cuidadoras de pacientes con demencia senil experimentan niveles de sobrecarga severas por el tipo de afrontamiento que utilizan para hacer frente a las características que les implica el cuidado, siendo la estrategia de “huida y evitación”, el tipo de afrontamiento que explica la sobrecarga de las cuidadoras – $p = 0.0009$; $Z = -2.59$ – (Artaso *et al.*, 2003). Otros autores reportan que la o el cuidador tienen una peor percepción de su relación interpersonal con la persona cuidada y un mayor rechazo hacia ella cuando ésta manifiesta problemas de conducta en un grado importante (Montorio *et al.*, 1998), estas son consideraciones importantes que no se alcanzaron con esta investigación.

Respecto a la variable tiempo de convivencia se ha encontrado que el aumento de las horas dedicadas al cuidado de personas con lesiones neurológicas, incrementa la intensidad de la sobrecarga experimentada (González

et al..., 2004), resultados diferentes encontraron Martín y *et al.* (1997), al reportar que no existe correlación entre la duración de la relación del cuidado y la sobrecarga, para este estudio no se utilizaron criterios de selección para los tipos de cuidado y el tiempo que en esta tarea han invertido las mujeres familiares de abusadores o dependientes al consumo de alcohol.

Por ello y tomando como referencia la argumentación y los resultados presentados, se puede concluir en este estudio, que las mujeres que conviven con un familiar que padece algún Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) perciben estar seriamente afectadas a nivel emocional, que una consecuencia grave de estar cohabitando con un dependiente o abusador de alcohol puede ser la ideación e intento suicida, de la misma forma se puede concluir que muchas de estas mujeres son a menudo objeto de agresiones físicas y verbales dentro del espacio privado del hogar.

En este estudio la Entrevista de Sobrecarga del Cuidador para mujeres familiares de abusadores o dependientes al alcohol resultó ser un instrumento válido y fiable y es con esta herramienta que se puede igualmente concluir, que no existen diferencias entre la sobrecarga experimentada por parte de madres y de esposas (parejas), lo que indica que ambos grupos de mujeres son quienes asumen mayores responsabilidades físicas y afectivas y por tanto viven las mayores consecuencias negativas, situación que puede ser resultado de las implicaciones psicológicas que supone los vínculos afectivos de la maternidad y la conyugalidad. Sin embargo la sobrecarga experimentada por madres es significativamente ($p < 0.05$) diferente de las que experimentan otras familiares (hijas, hermanas, tías, abuelas) lo que también revela el peso de la relación madre-hijo respecto a otras formas de parentesco, en una sociedad que enaltece el papel de la maternidad al tiempo que delega en ellas altos costos derivados de esta situación. A su vez, vale la pena señalar que no se encontró correlación estadísticamente significativa entre el puntaje total de sobrecarga reportado por las mujeres familiares y los niveles de dependencia al alcohol por parte de los abusadores o dependientes, lo que parece indicar que no sólo los altos niveles de consumo se traducen en sobrecarga para las mujeres, y que pueden estar

operando también otras variables como el grado de involucramiento emocional con el bebedor como factores relacionados con la sobrecarga.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones en esta área y con esta población, se recomienda tener en cuenta variables como el tiempo de convivencia en horas que las familiares dedican a la atención y cuidado del usuario de etanol, la inclusión de un grupo de comparación (de mujeres con un familiar con consumo patológico de drogas) que permita observar las diferencias entre los grupos. Para la obtención de los puntos de cohorte para el instrumento con 15 reactivos se recomienda un grupo control de mujeres de población general, primordialmente sin estar ligadas a la problemática de un miembro con un TUA.

Sería conveniente también, considerar las responsabilidades que supone determinados tipos de parentesco, así como los vínculos afectivos que une a las mujeres con los consumidores, porque la carga pudiera ser mayor si se trata de una persona a la que se ama y aunque aquí se retomaron diferentes tipos de parentesco, no se indago sobre el sentimiento con que la relación consanguínea pudiese ser definida. Las identidades femeninas es otro de los ejes que se debieran considerar en estos estudios y su importante vinculación con las identidades masculinas. En ese sentido el concepto de sobrecarga presentado aquí, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas que se derivan del orden de género (Lagarde, 1996).

Igualmente se recomienda trabajar la sobrecarga en familiares de dependientes o abusadores de alcohol considerando a estas como sujetas activas en la gestión de su propia salud mental y no en objeto receptor de las acciones de salud (López & Grela, 2001). Ya que en opinión de Esther Moncarz (1991):

“...reconocer el saber de la mujeres acerca de sí mismas y de sus necesidades, considerarlas capaces de ser activas respecto de ello, conlleva un cambio, no sólo de las mujeres sino de los (as) profesionales y técnicos (as) que se ocupan de la salud mental” (Esther Moncaraz, 1991; en López & Grela, 2001).

Así como considerar el nivel de intervención, para ello sería importante considerar los hallazgos de Babarro, Barral, Ponce, Ruiz & Pastor, 2004, quienes encontraron que un programa (ALOIS), disminuyó los niveles de sobrecarga experimentados por cuidadores y cuidadoras de pacientes con demencia en 3 meses de tratamiento, el programa consistió básicamente en que los y las cuidadoras pudieran intercambiar información e ideas sobre el cuidado de sus paciente con demencia.

De la misma forma son relevantes para la planeación de futuros estudios, los resultados que demuestran que el mayor nivel cultural de las y los cuidadores se asocia a una menor sobrecarga y que los pacientes más jóvenes generan una mayor sobrecarga (Leal, Sales, Ibáñez, Giner & Leal, 2008), pues si se consideran estos hallazgos para otras investigaciones, se podría abordar la problemática no sólo desde el área médica y de la salud, sino también desde disciplinas como la sociología y la antropología.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2004) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-R*. (4th ed.). Barcelona, MASSON
- Artaso, B., Goñi, A., & Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Geriatr Gerontol*, 38 (4), 212 – 218.
- Artaso, B., Goñi, A., & Gómez, A. R. (2001). Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Rev Psicogeriatría*, 1, 18-22.
- Babarro, A. A., Barral, G. A., Ponce, D. A., Ruiz, C. R. & Pastor, R. M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención primaria*, 33 (2), 61 – 68.
- Babor, T. H., & Hinggin-Biddle, J.C. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. OMS.
- Benítez, F. (1982). *El agua envenenada*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. & Rehn, N. (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol, Research & Health*, 27 (1), 95 – 109.
- Burijovich, J. (2001). Malestar psicológico, factores psicosociales y servicios de salud. *Cuadernos Mujeres y Salud*, 6, 16 – 23. Red de Salud de la Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Burin, M. (2002). *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental*. Buenos Aires, Librería de Mujeres.
- Burin, M., Moncarz, E., & Velásquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres; la tranquilidad recetada*. Argentina: Paidós.
- Casco Flores, M., & Natera Rey, G. (1993). El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan. *Salud Mental*, 16 (1), 24 – 29.
- Casco Flores, M., & Natera Rey, G. (1990). Comparación de las características psicosociales ente un grupo de mujeres y hombres alcohólicos. *La Psicología Social en México*, III, 195 -199.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou S. P., & Stinson F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 66 – 75.

- Flores, F. (1994). Representación social, género y salud mental. *La Psicología Social en México*, V, 742 – 748.
- Foucault, M. (1984) *Historia de la sexualidad; el derecho de saber*. México, Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1995) *Vigilar y castigar; nacimiento de la prisión*. México, Siglo Veintiuno Editores.
- Galeano, E. (1993). *Las venas abiertas de América latina*. España, Siglo veintiuno editores.
- García, R. H. (1988). *Cocina prehispánica mexicana*. México, Panorama.
- Giddens, A. (2004). *La transformación de la intimidad; sexualidad amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.
- Glantz-Wright, N. M., Martínez Hernández, I., Tinoco-Ojanguren, R., & León Ruiz, P. (2004). “Si no tomara él...”. El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 27 (6), 50 – 56.
- González, F., Graz, A., Pitito, D., & Podestá, J. (2004). Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía*, 9 (4), 1 – 22.
- Gort, M. A., March, J., Gómez, X., De Miguel, M., Masarico, S., & Balleste, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin*, 124 (17), 651 – 653.
- Heise, L. (1998). Violence against women; an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4 (3), 262 – 290.
- Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F. & López-Moreno. (2000). Diseños de estudio epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42 (2), 144 – 154.
- Hernandez-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México, Mc Graw Hill.
- Hertling, L. (1964) *Historia de la iglesia*. España, Editorial Herder.
- Holloway, K., & Bennett, T. (2007). Gender differences in drug misuse and related problem behaviors among arrestees in the UK. *Substance Use & Misuse*, 42, 899 – 921.
- Instituto de la Juventud-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Juventud. (2006) México 2006.

- Kleinbaum, G., Kupper, L. & Morgenstern H. (1982). *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. Belmont, CA: Lifetime Learning Publications.
- Lamas, M. (1996). *El género la constitución cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Ángel Porrúa, 14 – 283.
- Lamas, M. (2006). *Feminismo; transmisiones y retransmisiones*. México: Taurus, 56 – 123.
- Landero Hernández, R., & Villarreal González, M. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud, 17 (1)*, 17 – 23.
- Lara Cantú A., Medina Mora, M.E., & Gutierrez, E. (1990). Relationship between masculinity and feminity in drinking in alcohol-related behavior in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence, 26*, 45 – 54.
- Leal, I. M., Sales, R., Ibáñez, I., Giner, J., & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después e un programa psicoeducativo. *Actas Españolas de Psiquiatría, 36 (2)*, 63 – 69.
- León Portilla, M. (1982). *De México a Tenochtitlan*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Linares, P., Palau, M., Albiach, C., & Santos, D. (2002). Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. *Actas Esp Psiquiatría, 30 (6)*, 370 – 375.
- López, G., A. & Grela, C. (2001). Mujeres, salud mental y género. *Cuadernos Mujeres y Salud, 6*, 7 – 11. Red de Salud de la Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Mariño, M. C., Medina Mora, M. E., & De la Fuente J. R. (1999). Comparación de dos muestras de pacientes alcohólicos. *Salud Mental, 22 (5)*, 28 – 33.
- Martín, M., Puyo, C., Lanz, P., Nadal, S., & Abad, R. (1997). Anatomía funcional y deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer: sus efectos sobre los cuidadores. *ANALES Sis, 20 (3)*, 45 - 50.
- Mattson P. C. (1994) *Fisiopatología salud enfermedad: un enfoque conceptual*. Madrid, Panamericana 7ª edición 2007.
- Medina-Mora, M., Natera Rey, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental, 24 (4)*, 3 – 19.

- Molina, P. V., Berruecos, V. L., & Sanchez, M. L. (1983). *El alcoholismo en México; II aspectos sociales, culturales y económicos*. México. Fundación de Investigaciones Sociales A.C.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental, 21* (5), 20 – 27.
- Montorio, C. I., Fernández, T. M., López, L. A., & Sánchez C. M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología, 14* (2), 229 – 248.
- Mora Ríos, J., Natera Rey, G., & Orford, J. (1998). Malestar psicológico en mujeres y estrés asociado al consumo de drogas en la familia. *La psicología social en México, VII*, 260 – 265.
- Natera, G., Mora, J., & Tiburcio M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental, 22* (Número especial), 114 – 120.
- Natera Rey, G., Mora, J., & Tiburcio, M. (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la Familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad, XIII* (2), 165 – 190.
- Natera Rey, G., & Valencia, E. (1996). El Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF): Una experiencia de atención al alcoholismo en México. *Trabajo presentado en el Simposio Internacional México-Canadá sobre el tratamiento de conductas adictivas*. (Inédito).
- Natera, G., & Mora, J. (1993). Atribuciones al género femenino frente a las adicciones de la vida cotidiana. En: *Las Adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario*. México, Consejo Nacional contra las Adicciones; CONADIC, 56 – 69.
- Natera Rey, G., & Casco Flores, M. (1992). La mujer frente al consumo de alcohol (un rol adicional). *Revista de Prevención, Salud y Sociedad, 5*, 31- 39.
- Natera, G., Herrejón, ME., & Casco, M. (1988). Locus of control in copules with different patterns of alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence, 22*, 179 – 186.
- Natera Rey, G. (1982). Aspectos generales sobre el consumo de alcohol y sus problemas. *Salud Mental, 5* (4), 7 – 9.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert. (1995). En: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa30.htm>, (2006)

- Orford, J., Natera, G., Casco, M., Nava, A., & Ollinger E. (1993). *Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario*. Secretaría de Salud, México, Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC.
- Organización Mundial de la Salud (2002), Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., & Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultado del sistema de reporte de Información en drogas. *Salud Mental* 29 (5), 32-37.
- Palomar, J. (1999). Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Mental*, 22 (6), 13 – 21.
- Piaget, J. (1971). *Seis estudios de psicología*. Madrid, Seix Barral.
- Puente Silva, G. F., & Tenorio H. R. (1982). Centro de ayuda al alcohólico y a su familia; aspectos sociodemográficos y perfiles de la población consultante. *Salud Mental*, 5 (2), 60 – 65.
- Ramos De Viesca, M. B. (2001). La mujer y el alcoholismo en México en el siglo XIX. *Salud Mental*, 24 (3), 24 – 28.
- Ramos Lira, L. (2007). La eliminación de la violencia contra la mujer. ¿Una utopía?. *Salud Mental*, 30 (1), 82 – 86.
- Revueltas, S. (1989). *Por él mismo*. México, Era
- Rodriguez, Q., I. (2001). Reflexiones en torno a la necesidad de un enfoque integral. *Cuadernos Mujeres y Salud*, 6, 46 – 49. Red de Salud de la Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Romero Mendoza, M., Rodríguez Ruiz, E., & Campillo Serrano, C. (1999). Significados culturales de las adicciones en mujeres: de la disidencia a la búsqueda de trascendencia y sentido. *Salud Mental*, (Número Especial), 138 – 144.
- Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones. (2002). México 2002.
- Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones. (1998). México 1998.

- Solís, R. L., Cordero, M., Cordero, R., & Martínez, M. (2007). Caracterización del nivel de dependencia al alcohol en habitantes de la ciudad de México. *Salud Mental, 30(6)*, .
- Skinner, H., Horn, J., Wanberg, K., & Foster, F. (1984). *Alcohol dependence scale*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Tenorio, R. (2002). Presentación sobre el modelo de intervención familiar en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. Inédito
- Tenorio, R., & Mendoza, C. (1998). La estructura familiar del alcohólico. *Trabajo Social, 22 (La investigación en Curso)*, 40 – 46.
- Tenorio, R., Natera, G. & Cordero, M. (1999). Mujer y alcohol: características sociodemográficas de un grupo de mujeres que acudieron a tratamiento *Anales de Trabajo Social, 1*.
- Tenorio, H. R., Figueroa O. E., & Natera Rey G. (1999). Relación del familiar con el sujeto alcohólico: una aproximación sistémica. *Revista de Trabajo Social, 74 – 85*.
- Tiburcio, S., M., & Natera Rey, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares usuarios de alcohol y drogas. *Salud Mental, 26 (5)*, 33 – 42.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C. *et al.* (2007) Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet* 369, 1391-1401.
- Torres, M. (1991). *La Violencia en Casa*. México, Paidós.
- Traven, B. (2001). *La rebelión de los colgados*. México, Selector.
- Traven, B. (1994). *Canasta de cuentos mexicanos*. México, Selector.
- Turró-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., & Monserrat-Vila, S. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurol, 46 (10)*, 582 – 588.
- Turull Torres, F. (1982). Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo de la ciudad de México; El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus a Familiares. *Salud Mental, 5 (2)*, 66 – 73.
- Turull Torres, F. (1983). El manejo de los problemas relacionados con el alcohol. *Salud Mental, 6 (2)*, 15 – 17.

- Valdez, R., & Juárez C. (1998). Impacto de la violencia domestica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*, 21 (6), 1 – 10.
- Velarde, J. E., & Figueroa, A. C. (2004). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4), 349 – 361.
- Vidal, C. (1999) *Enigmas y secretos de la inquisición*. España, Booket.
- Vigotsky, S. L. (1982). *Pensamiento y Lenguaje*. México, Quinto Sol.
- World Health Organization-Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva: Global Status Report on Alcohol. (2004). Singapore.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20 (6), 649 – 655.
- Zilberman, L. M., Tavares, H., Hodgins, C. D., & El_ Guebaly, N. (2007). The impact of gender, depression and personality on craving. *Journal of Addictive Diseases*, 26 (1), 79 – 86.

Anexos

Anexo 1

Instrumento Zarit modificado para mujeres familiares de usuarios de etanol, dentro de la cédula de preconsulta.

Para los especialistas del CAAF, es de suma importancia saber cómo se siente con respecto a la convivencia con su familiar consumidor de alcohol, por ello le pedimos que conteste el siguiente cuestionario de la manera más honesta posible. Marque con una "X" la columna que corresponda a la respuesta que más se acerque a las veces que se ha sentido de esa forma.

	Nunca	Ocasionalmente	Algunas veces	Muchas veces
1. ¿Siento que mi familiar que consume alcohol demanda más ayuda de la que necesita?	1	2	3	4
2. ¿Siento que debido al tiempo que le dedico a mi familiar consumidor de alcohol no tengo tiempo para mí?	1	2	3	4
3. ¿Me siento dividido (a) entre cuidar a mi familiar consumidor de alcohol y el resto de mis obligaciones familiares o de trabajo?	1	2	3	4
4. ¿Me siento apenado (a) por el comportamiento de mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
5. ¿Me siento enojado (a) cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
6. ¿Siento que actualmente mi familiar consumidor de alcohol afecta negativamente en mi relación con otros miembros de la familia o con mis amistades?	1	2	3	4
7. ¿Siento miedo por lo que representa el futuro para mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
8. ¿Siento que mi familiar consumidor de alcohol depende de mí?	1	2	3	4
9. ¿Me siento estresada (o) cuando estoy con mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
10. ¿Siento que mi salud se ha visto afectada debido a que cuido de mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
11. ¿Siento que no tengo tanta privacidad como me gustaría, debido a mi familia consumidor de alcohol?	1	2	3	4
12. ¿Siento que mi vida social se ha deteriorado por cuidar de mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
13. ¿Me siento incomodo (a) de invitar amistades a la casa debido a mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
14. ¿Siento que mi familiar consumidor de alcohol espera que yo me encargue de él (ella), como si yo fuera la única persona en la que puede confiar?	1	2	3	4
15. ¿Siento que me hace falta dinero para hacerme cargo de mi familiar consumidor de alcohol, pues tengo más gastos?	1	2	3	4

16. ¿Siento que mi familiar que consume alcohol demanda más ayuda de la que necesita?	1	2	3	4
17. ¿Siento que he perdido el control de mi propia vida desde que mi familiar consumidor de alcohol bebe con frecuencia?	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol a otra persona?	1	2	3	4
19. ¿Me siento inseguro (a) sobre el futuro de mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
20. ¿Siento que debería estar haciendo más por mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
21. ¿Siento que podría estar haciendo un mejor trabajo con el cuidado de mi familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4
22. En resumen; ¿qué tan a menudo se ha sentido agobiado (a), presionado (a) por convivir con su familiar consumidor de alcohol?	1	2	3	4

Por el momento es todo.

Entregue estas hojas al personal de la recepción y en un momento le daremos una cita de PRIMERA VEZ para que alguno de nuestros especialistas lo atienda.

Cualquier duda que tenga, háganosla saber y la resolveremos.

¡GRACIAS!



Escala de Nivel de Dependencia al Alcohol



Estimado paciente: Lea cuidadosamente las preguntas de este cuestionario, a continuación seleccione la respuesta que más se acerque a su propia experiencia. Sólo debe anotar una respuesta por cada pregunta tachando la letra correspondiente. No escriba en los espacios sombreados.

Nombre del Paciente _____ Expediente _____

Fecha:

- 1. ¿Cuánto tomó, la última vez que ingirió alcohol?**
 - a) Lo suficiente para poner contento
 - b) Lo suficiente para emborracharme
 - c) Lo suficiente para perderme

- 2. ¿Ha tenido crudas los domingos o lunes por la mañana?**
 - a) No
 - b) Si

- 3. ¿Tiene temblores cuando deja de tomar? (en las manos o temblor interno)**
 - a) No
 - b) Si

- 4. ¿Se pone mal (vómitos, dolor de estomago) cuando toma?**
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre que toma

- 5. ¿Ha tenido Delirium tremens; ver, sentir u oír cosa que no existen, estando muy nervioso, inquieto y alterado?**
 - a) No
 - b) Una Vez
 - c) Varias Veces

- 6. ¿Cuándo toma se tropieza, se va de lado o camina en “Zig Zag”?**
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente

- 7. ¿Se ha sentido con mucho calor o excesivamente sudoroso (afiebrado) después de haber tomado?**
- a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
- 8. ¿Ha visto cosas que en realidad no existen como consecuencia de haber tomado?**
- a) No
 - b) Una vez
 - c) Varias veces
- 9. ¿Le da miedo pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite?**
- a) No
 - b) Si
- 10. ¿Ha tenido lagunas mentales (perdida de la memoria sin perderse totalmente) como resultado de la bebida?**
- a) No, nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Casi siempre que tomo
- 11. ¿Carga una botella con usted o la esconde en algún lugar para tenerla a la mano?**
- a) No
 - b) Algunas veces
 - c) La mayor parte del tiempo
- 12. ¿Después de un periodo de abstinencia (sin beber) termina usted por tomar fuertemente de nuevo?**
- a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
- 13. ¿En los pasados 12 meses llegó usted a perderse completamente como resultado de haber tomado?**
- a) No
 - b) Una vez
 - c) Más de una vez
- 14. ¿Ha tenido ataques (convulsiones) después de un periodo en que tomó?**
- a) No
 - b) Una vez
 - c) Varias Veces
- 15. ¿Toma usted a lo largo del día?**
- a) No
 - b) Si

16. ¿Después de beber fuertemente, ha sentido que su pensamiento está confuso o poco claro?

- a) No
- b) Si, pero sólo una hora
- c) Si, durante uno o dos días
- d) Si, por muchos días

17. ¿Cómo resultado de la bebida, ha sentido que su corazón lata rápidamente?

- a) No
- b) Una vez
- c) Varias veces

18. ¿Piensa usted casi constantemente en tomar o en el alcohol?

- a) No
- b) Si

19. ¿Cómo resultado de haber tomado, ha oído cosas que realmente no existen?

- a) No
- b) Una vez
- c) Varias veces

20. ¿Ha tenido sensaciones raras o atemorizantes cuando toma?

- a) No
- b) Una o dos veces
- c) Frecuentemente

21. ¿Cómo resultado de haber tomado, ha sentido cosas que se arrastran en su cuerpo y que realmente no existían (gusanos, arañas, etc.)?

- a) No
- b) Una vez
- c) Varias veces

22. Con relación a las lagunas mentales (perdida de la memoria):

- a) Nunca ha tenido una laguna
- b) Ha tenido lagunas, pero duran menos de una hora
- c) Ha tenido lagunas que duran varias horas
- d) Ha tenido lagunas que duran un día o más

23. ¿Ha tratado de dejar de beber sin lograrlo?

- a) No
- b) Una vez
- c) Varias veces

24. ¿Se toma de una sola vez los tragos (toma muy rápido)?

- a) No
- b) Si

25. ¿Después de tomar una o dos copas, generalmente puede dejar de tomar?

- a) Si
- b) No

PUNTAJES

a = 0

b = 1

c = 2

d = 3

Puntaje total_____

Nivel de Dependencia_____

0 – 7 No evidencia de dependencia

8 – 13 Nivel de dependencia Bajo

14 – 21 Nivel de dependencia Moderado

22 – 30 Nivel de dependencia sustancial

31 – 48 Nivel de dependencia Severo

Evaluó_____



Instituto Nacional de
Psiquiatría
"Dr. Ramón de la Fuente"

CONTRATO TERAPÉUTICO



México, D.F., a _____ de _____ 20__.

Por medio del presente me comprometo a integrarme al Programa de Tratamiento del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF).

Estoy informado de que:

1. Una vez cubiertos los objetivos del tratamiento seré dado de alta y referido a otra institución si así se requiere.
2. Todos los datos personales proporcionados a esta institución serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Control de Información del CAAF.*

Estoy de acuerdo en realizar las siguientes actividades, ya que son indispensables para mi tratamiento y mejoría:

1. Ser honesto conmigo mismo y con el (los) especialista(s) que se me ha(n) asignado,
2. Asistir puntualmente a las citas programadas,
3. Llamar con anticipación si no puedo acudir a mis citas,
4. Llevar a cabo las indicaciones y tareas asignadas por los especialistas, y
5. Motivar la asistencia de mis familiares cuando sea necesario.

Doy autorización para que:

1. El personal del CAAF acuda a mi domicilio o llame por teléfono para dar seguimiento a mi caso,
2. La información que se encuentre en mi expediente sea utilizada para realizar investigaciones clínicas y epidemiológicas, siempre y cuando se respete la confidencialidad y no se usen datos que pudieran identificarme.

Estoy consciente de que en caso de no seguir los lineamientos descritos en este DOCUMENTO seré dado de baja y referido a otra institución para mi tratamiento.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del especialista

* De acuerdo a los lineamientos descritos en:

-- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Capítulo IV, Art. 20 al 26.
-- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Capítulo XIII, Art. 76 al 80.
-- NOM-168-SSA-1-1998 Expediente Clínico