

11241

12
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA

PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

**“MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO
FAMILIAR EN PACIENTES ALCOHOLICOS”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
P R E S E N T A:
SARA INFANTE MURILLO

TUTORAS:

DRA. ROSA DIAZ MARTINEZ
DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ



MEXICO, D.F.

1999

27 8536

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

8.5
MK

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL

Título: **MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO FAMILIAR EN
PACIENTES ALCOHOLICOS.**

TESIS QUE SE PRESENTA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.

Alumna: **Sara Infante Murillo.**

TUTOR TEORICO

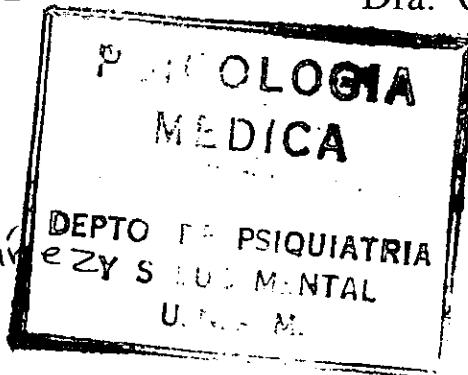
TUTOR METODOLOGICO


Dra. Rosa Díaz Martínez


Dra. Carmen Lara Muñoz

Vo. Bo.


Dr. Alejandro Díaz Martínez



AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a mis padres, Sara y José Manuel (q.e.p.d.) y a Aziz (q.e.p.d.), su ayuda incondicional y la motivación para iniciar y concluir la especialidad.

Por el apoyo brindado, mi reconocimiento a las Dras. Ma. Elena Medina Mora y Blanca Estela Vargas Terrez.

Al Dr. Luis Solís Rojas y a todo el personal del CAAF, en particular a la Psic. Martha Cordero, por su valiosísima ayuda, por compartir su experiencia y sus conocimientos conmigo, por su interés y guía en el campo de las adicciones y por la manera de mostrarme la forma de trabajar integralmente en un equipo.

A la Mtra. Guillermina Natera Rey, por su apoyo, su tiempo, su disposición para proporcionarme material bibliográfico y orientarme con su amplia experiencia en la investigación sobre los mecanismos de enfrentamiento familiar.

A las Dras. Rosa Díaz Martínez y Ma. del Carmen Lara Muñoz por su paciencia, sus conocimientos y su invaluable asesoría. A los pacientes y familiares que aceptaron compartir conmigo un aspecto del problema que viven del alcoholismo.

Y por último deseo agradecer a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

TUTOR TEORICO

DRA. ROSA DIAZ MARTINEZ

TUTOR METODOLOGICO

DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ.

INDICE

1. Portada.....	1
2. Agradecimientos	2
3. Tutores.....	3
4. Indice.....	4
5. Antecedentes.....	5
a) Importancia del alcoholismo en el mundo.....	5
b) El alcoholismo en México: epidemiología.....	6
c) Familia y alcoholismo.....	8
d) Familia y alcoholismo en México.....	11
e) Papel de la mujer en familias con alcoholismo.....	12
f) Papel de la pareja en la familia con alcoholismo.....	12
6. Hipótesis.....	15
7. Objetivos.....	15
8. Material y Método.....	15
a) Instrumentos.....	16
b) Procedimientos.....	17
9. Resultados.....	17
10. Discusión.....	21
11. Conclusiones.....	24
11. Anexo.....	25
12. Bibliografía.....	28

ANTECEDENTES

Importancia del Alcoholismo en el Mundo: Problema de Salud Pública

Por su naturaleza y consecuencias, hoy día el uso excesivo de bebidas alcohólicas se concibe como un problema que ha dejado de ser patrimonio del estudio médico para incluir sus dimensiones sociales y económicas. La demanda en el mercado de consumo, el desarrollo de la industria productora y el bajo costo de las bebidas, aunado a los valores simbólicos que se le atribuyen para sustituir carencias económicas y psicológicas, lo convierten en un problema de salud pública que se genera a partir de una interacción defectuosa entre el individuo y la sociedad (1).

La caracterización del consumo excesivo de alcohol como problema de salud mental pública se establece con base en su impacto y prevalencia. A nivel mundial se estima que el 20% de la población adulta tiene problemas de abuso de alcohol y que el 20% es dependiente al etanol.

Otros indicadores económicos muestran que en diversas partes del mundo el consumo per cápita se ha elevado. Entre 1950 y 1975 el aumento osciló entre 100 y 500%. Este incremento puede atribuirse a una mayor disponibilidad de las bebidas alcohólicas la cual a su vez se asocia a un aumento en la producción, importación y distribución; a la relajación de las medidas y costumbres que controlaban el hábito y la emergencia de nuevos grupos de bebedores excesivos en la población como mujeres y jóvenes (2).

La preocupación de las investigaciones más recientes se centra en la asociación entre mayores niveles de consumo y el aumento en la prevalencia de algunas enfermedades como la cirrosis hepática. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 1955 y 1977 se observó un aumento en la tasa de cirrosis hepática para ambos sexos, ocupando un lugar entre las primeras causas de muerte entre los individuos de 25 a 64 años.

Observaciones sistemáticas ponen de manifiesto que los bebedores excesivos son más propensos a morir prematuramente que la población que no bebe, o la que lo hace en forma moderada. De igual forma, los bebedores sufren más accidentes que los no bebedores.

En 1978, entre el 30 a 50% de los accidentes ocurridos en países industrializados fueron causados por conductores con altos niveles de alcohol en sangre (2). Otros problemas generados por el abuso y la dependencia al alcohol son: la violencia, los problemas legales, las incapacidades laborales, la pérdida de amigos y familiares y los trastornos psiquiátricos.

En la perspectiva de los costos de atención a la salud, el alcoholismo tiene un lugar importante. A nivel individual se sabe que el alcohólico consume más servicios de salud que la población general y que éstos tienden a disminuir cuando el sujeto interrumpe la ingesta. En México, para 1993, el 9% del total de la carga económica causada por las enfermedades se atribuyen al alcoholismo. Lo anterior debido a que el alcoholismo se asocia a las 7 principales causas de morbimortalidad en este país. Asimismo las erogaciones causadas por los familiares para la atención de problemas en los alcohólicos y los días laborables perdidos se agregan a las pérdidas económicas que el problema produce (6).

En la dimensión de la familia, los hijos de alcohólicos tienen 3 veces más probabilidades de desarrollar dependencia en el futuro, sin que esto solamente se deba a la influencia ambiental, ya que cuando estos niños son criados por padres adoptivos no alcohólicos tienen tasas más altas de alcoholismo. La susceptibilidad a desarrollar complicaciones médicas más estrictamente relacionadas con el consumo del alcohol como la cirrosis hepática y los trastornos neurológicos tienen bases genéticas; de ahí que la coincidencia sea mayor entre gemelos idénticos que entre los gemelos fraternales (3).

También se sabe que las esposas y los hijos de los alcohólicos presentan psicopatología con más frecuencia que otras poblaciones. Los hijos de alcohólicos muestran tasas elevadas de problemas emocionales como ansiedad y depresión, trastornos del desarrollo así como menos formas de enfrentamiento (30). Por otra parte, hay evidencia convincente del incremento en la incidencia de los problemas (emocionales, conductuales, de aprendizaje y físicos) en hijos de padres con problemas de consumo de alcohol (30, 31).

El Alcoholismo en México: Epidemiología

Las observaciones tempranas de los cronistas españoles en el periodo colonial se refieren a la emergencia del alcoholismo como un problema de salud pública (28). Durante los siguientes siglos pocos fueron los estudios efectuados para la caracterización epidemiológica del consumo del alcohol en México.

Hasta 1940 el consumo preferente era a base de tequila, cerveza y ron. Posteriormente se agregaron vinos y destilados. Actualmente la ingestión de las bebidas tradicionales como el pulque tiende a verse desplazada por el uso de fermentados del lúpulo y destilados (3).

En general el patrón de consumo es de grandes cantidades en tiempos reducidos (OMS, 1980). El consumo diario de alcohol en México, si se exceptúa a las personas dependientes, es relativamente más bajo que el consumo eventual. Sin embargo, el patrón predominante en el mexicano es que cuando bebe lo hace en grandes cantidades en un tiempo reducido, lo que provoca graves consecuencias sociales: disrupciones en la vida familiar, delitos y accidentes. En los últimos años el consumo anual per cápita ha aumentado (4.72 litros de etanol en la población total y 8.62 en la población mayor de 15 años) (3).

De acuerdo con las investigaciones de Medina-Mora y cols., en 1980, la prevalencia del consumo de alcohol en la población de 14 años y más en el DF fue la siguiente: el 25% de la población estudiada consume alcohol en forma regular y 6% lo hace consuetudinariamente. La proporción por sexos es de 12 hombres bebedores consuetudinarios por cada mujer. La proporción de personas que informa consumir alcohol a diario o casi a diario aumenta a medida que aumenta la edad. Se observa un mayor consumo consuetudinario en la población de bajo nivel socioeconómico (7%); de estado civil, de unión libre (13%), que emigra del campo a la ciudad (7%); sin educación formal (10%) o con más de 13 años de escolaridad (8%) y en población que trabaja (10%) (4).

La Encuesta Nacional de Salud realizada entre 1986 y 1987, mostró que entre 55.7 millones de individuos mayores de 12 años, el 70% no bebe, el 20.5% bebe en forma no preocupante y el 7.3% lo hace en forma preocupante (5).

En cuanto a la distribución por sexo, el 40% de los hombres consumen alcohol, 26% en forma no preocupante y 14% en forma preocupante. De este último grupo la edad en la que se muestra mayor índice, es entre los 30 y 49 años, sin escolaridad, casados, con altos índices de tabaquismo y con antecedentes de haber tenido accidentes. En cuanto a las mujeres, el 16% de las mayores de 12 años, consumen alcohol, 15% sin preocupación, 1% de manera preocupante. La prevalencia de consumo preocupante aumenta con la edad, siendo más alta entre los 60 y 69 años, en mujeres viudas o divorciadas, sin escolaridad y con tabaquismo importante. La relación del consumo entre hombres y mujeres es de 2:1 y de 14:1 cuando el consumo es preocupante (5).

La Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA), llevada a cabo en 1993, constituye el estudio epidemiológico más reciente efectuado a gran escala en México. La encuesta consideró a sujetos entre los 12 y 65 años que habitan en áreas urbanas del país, indagó sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, excluyendo a adictos de poblaciones carcelarias, hospitales o centros de atención. Los resultados indican una prevalencia total para el consumo de alcohol del 66.5%. Para bebedores que ingieren una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 o más copas por ocasión, la prevalencia fue de 4.9%. En el grupo de bebedores se ubica más de la mitad de los adolescentes (53%), en tanto los sujetos no bebedores ocupan un 25.4% de la población urbana adulta de 12 a 65 años.

La ENA también mostró que el 9.4% de la población de personas adultas cubrió 3 indicadores de dependencia al alcohol, siendo la prevalencia de dependencia de 19.5% en población masculina y 1.2% en población femenina. El mayor número de dependientes se detectó en la región noroccidental (11.2%), seguida del D.F. (10.4%). En el grupo de 12 a 18 años existieron mayores problemas de familia (21.8%) seguido por el grupo de 35 a 44 años con un 20.7%. El antecedente de consumo de alcohol en los padres de la población que lo consume es de 90.2%, mientras que en la no bebedora es de 71.8% (6). Con los resultados del estudio, puede estimarse que 16 de cada 100 de aquellos que consumen 5 o más copas por ocasión tienen problemas relacionados con violencia, incluyendo, con amigos (8.4%), con la policía (4.6%) y en bares (2.6%) (36).

Familia y Alcoholismo

A mediados de la década de los setenta, Wilson y Orford (29) encontraron que el proceso familiar es fuertemente influenciado por el patrón de consumo de los padres. Las estrategias de enfrentamiento de los hijos podrían ser diferentes dependiendo de la edad que tuvieran al inicio de los problemas de consumo de alcohol de los padres.

La familia representa el agente de socialización primario. Según Kandel (7), los adolescentes tienden a imitar la conducta de personas significativas para ellos, sin embargo algunos patrones conductuales en la manera de beber de los padres parecen ser rechazados como modelos de su propia conducta. Existe evidencia que sugiere que la familia actúa como vehículo primario en el control social de la bebida. Estos esfuerzos de control aparecen dentro del núcleo familiar y fluye de las generaciones mayores hacia las menores y más comúnmente de las mujeres hacia los hombres (8).

Bennett y Wolin, en 1990, de acuerdo con sus investigaciones, sugieren que el alcoholismo se vuelve más dañino para el funcionamiento de la familia y seguramente pasa de una generación a otra si la bebida interfiere con las actividades familiares tales como cenas, vacaciones, días festivos "rituales familiares", definidos como formas de comunicación simbólica entre los miembros de la familia, son conceptualizados por los autores como acciones repetitivas con significado especial. Encontraron que el mantenimiento de estos rituales a través de los años, parecían ser protectores en términos de la transmisión (8).

Actualmente se sabe que el alcoholismo es resultado de múltiples causas implicando aspectos biológicos, individuales y ambientales los cuales dan contexto a las interacciones de la familia. Se ha enfatizado que la familia puede ser la promotora de problemas sociales como las adicciones y de manera paradójica se considera un recurso para evitarlas o prevenirlas. Se ha dicho que un paciente alcohólico afecta a por lo menos cuatro miembros de su familia, consecuentemente las familias necesitan aprender como enfrentar este problema (9).

Uno de los enfoques de investigación sobre el abuso de alcohol en las familias se refiere a la forma como sus miembros responden de manera natural a los problemas del alcohol en el hogar, así como las tácticas y estrategias que adoptan en el intento de controlar el abuso y sus consecuencias (10).

El concepto de enfrentar abarca acciones y también reacciones de tipo cognoscitivo y emocional; por ejemplo culparse a sí mismo, asumir que la responsabilidad del cambio es del bebedor, preocuparse constantemente por lo que está haciendo el usuario, etc. Lo que tienen en común estas formas distintas de enfrentar es que ocurren de manera natural y que es posible comunicarlas a otras personas que, sin vivir en la misma casa, están interesadas en comprender y ayudar. Estas formas son los recursos naturales para el tratamiento y la prevención (10). Este concepto constituye una variable de nivel individual: en primer lugar, la evaluación del enfrentamiento se hace en el sujeto, además las conclusiones se derivan de las formas como los individuos enfrentan el problema en sus familias. Sin embargo, es importante considerar la información sobre la manera en que dos o más miembros de la familia interactúan, así como los mecanismos y la intensidad con que la familia entera hace frente al problema (10). De acuerdo con James y Goldman, las esposas utilizan los mecanismos de enfrentamiento en respuesta a la intensidad o frecuencia del alcoholismo (34).

Se han establecido algunas de las dimensiones principales de las formas de enfrentar usadas por las esposas y los hijos de consumidores problema. Se han identificado ocho diferentes formas de enfrentar: **emocional** (discutir, rogar, etc.); **tolerante** (encubrir, consumir alcohol o drogas con el usuario, etc.); **controladora** (buscar la bebida o droga del usuario, tratar de interferir con su abastecimiento, etc.); **evitadora** (aislarse, no hablar, etc.); **inactiva** (mostrar indecisión, preocupación constante sin acción, etc.); **confrontativa** (explicar los propios sentimientos, formular las propias expectativas, etc.); **independiente** (conservar o desarrollar nuevas relaciones, intereses); **apoyadora del usuario** (mostrar disposición a hablar del tema con el usuario, alentar acciones positivas, etc. (10, 33).

Cabe mencionar, que otros autores han propuesto roles de enfrentamiento o conductas de enfrentamiento, en particular referentes a los hijos de alcohólicos. Estas conductas son utilizadas de manera paralela, o en diferentes momentos o cambian una a otra. Según Black están los “ajustadores”, los “aplacadores” y los “responsables”. Para Wegscheider, los “niños perdidos”, “el chivo expiatorio”, “la mascota” y “el héroe familiar” (38).

En los familiares de usuarios de otras sustancias, se ha observado que el contender con el adicto es muy difícil; no nada más se elige la manera más óptima sino que oscilan entre un método y otro, buscando con desesperación una solución ideal. Los resultados acerca de los problemas causados por la conducta del usuario de sustancias son comparables con los encontrados en las familias de alcohólicos. En particular, la violencia, la impredecibilidad y las conductas vergonzosas son muy similares. Las diferencias incluyen una alta incidencia de robos o letargo en los usuarios de drogas (32).

Cada mecanismo de enfrentamiento presenta ventajas y desventajas: Por ejemplo, la tolerancia presenta como ventajas el que se evitan discusiones y la vida en el hogar parece ser más tranquila. Ayuda a crear un ambiente sin problemas para el resto de la familia. Sin embargo como desventajas están que el familiar siente que están aprovechando de él o ella, además de sentir que no confrontan el problema y que únicamente contribuyen al mantenimiento del consumo excesivo de alcohol o drogas (37).

En muchas ocasiones las familias no saben valorar las ventajas y el usuario puede sentirse aislado y sin apoyo. Como resultado de esta desunión, los miembros de la familia tienen menos posibilidades de evitar síntomas de estrés, mantener la

armonía familiar y ejercer una influencia eficaz en el usuario (11, 12). Sin embargo, aunque hay indicios importantes de que estas formas de enfrentamiento se presentan en otros miembros de la familia (esposos o padres), en otras culturas y con relación a otras adicciones, este punto aún requiere más investigación (10).

Familia y Alcoholismo en México

En nuestro país, el grupo de Natera y en Inglaterra, el grupo de Orford, han trabajado de manera conjunta desde la década de los 80 en el estudio de los mecanismos de enfrentamiento familiar ante el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, también otros investigadores se han interesado en estudiar el rol de la mujer en la familia del alcohólico, entre otros aspectos.

Por ejemplo, en el estudio de Tenorio y cols., en una muestra de 93 familiares de alcohólicos que acudieron al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), en 1995 indica que dentro de la familia existe un predominio de relaciones complementarias, rigidez en este sistema y síntomas emocionales en algún integrante de la misma. A la mujer se le asigna el papel de controlador informal del alcoholismo en la familia. La estructura de la misma se caracteriza por la existencia de límites difusos, observándose a un padre periférico con escaso o nulo ejercicio de la autoridad, una madre sobreinvolucrada con los hijos, aliada con éstos y / o formando una coalición en contra del padre y en general, una estructura rígida de la familia (13).

En 1989, en México, Natera y cols., llevaron a cabo un estudio piloto acerca de estos mecanismos naturales de enfrentamiento familiar ante consumo de alcohol y de otras sustancias en 2 zonas, urbana y semirurales de la ciudad de México. Se aplicaron dos tipos de instrumentos: 1) Cuestionarios específicos: a) Métodos de enfrentamiento; b) Escala de atmósfera familiar; c) Cuestionario general de salud y 2) Dos entrevistas semiestructuradas, individual y familiar. Se incluyeron a 10 familias (3 con problemas de alcoholismo, 2 con drogadicción y 5 sin ningún problema). Por medio del estudio piloto se probó la factibilidad del estudio en México. Como resultado de esto, en una reunión de la OMS se invitó a Bélgica, India y Nigeria además de Inglaterra, para hacer la comparación transcultural (14, 15, 16).

Con base en el estudio piloto de Natera y cols., de 1989, el mismo grupo realizó otro estudio con 12 familias mexicanas y 12 familias inglesas en donde se identificó un problema común entre las familias en las que alguno de sus miembros presentaba alcoholismo y que podría constituir la experiencia universal

independientemente de la cultura o la relación que se tenga con el usuario de alcohol o sustancias. Esta experiencia común consistió en: encontrar que es desagradable estar con el usuario; tener irregularidades y dificultades financieras; estar preocupado acerca de la salud del usuario o su rendimiento; preocupación acerca de cómo afecta el problema a la familia entera o al hogar; experimentar ansiedad, desesperación, desesperanza, ánimo bajo o depresión (17).

En otra investigación llevada a cabo entre 1996 y 1997 con una muestra de 107 familias mexicanas y 100 familias inglesas analizaron cualitativamente y cuantitativamente los mecanismos de enfrentamiento previamente comentados. Se encontró que existen combinaciones o formas híbridas. La primera área incluye 3 tipos, que se creía que eran distintos: **controlador, apoyador y asertivo**. La segunda área incluye y traslapa a la **tolerancia, la inacción y el apoyo**. La tercera considerada como pura, la **evitativa**, se combina con la **asertiva, emocional e independiente**. De acuerdo a sus resultados, los autores proponen 3 grandes áreas de enfrentamiento: **compromiso, tolerancia y separación** teniendo entre ellas diversas combinaciones (18).

Papel de la Mujer en Familias con Alcoholismo

La literatura señala que existen 2 proposiciones para explicar a “la familia alcohólica”: la primera describe ciertas características patológicas de la personalidad de la mujer generalmente con conflictos de dependencia y la segunda se refiere al estrés que experimentan las esposas como consecuencia de vivir con un esposo alcohólico adoptando roles de “villana o víctima”. Otros autores señalan que a la familia se le debería considerar como un sistema homeostático. Moos y cols., (19) proponen un sistema de 3 perspectivas: a) reconocimiento del funcionamiento afectado no sólo por la severidad del patrón de consumo del cónyuge sino por otras características de la pareja (ansiedad, depresión); b) incorporación de elementos ambientales que provocan presiones y c) conocimiento de estilos de enfrentamiento de la esposa y la familia, así como su influencia mutua.

Papel de la Pareja en Familias con Alcoholismo

En México, Natera y cols., (19) realizaron en 1988 una investigación donde se compararon las características conductuales individuales, familiares y sociales de 3 grupos: uno de esposas de Alcohólicos Anónimos (AA) (cónyuge con más de 1 año de abstinencia); otro de esposas de pacientes alcohólicos y otro grupo de esposas de

sujetos sin este problema. Entre sus hallazgos se encuentran: 1) los rasgos depresivos y las discusiones familiares fueron más frecuentes en el grupo de esposas de los pacientes alcohólicos. 2) Aunque no es concluyente, el 30% de las esposas de los bebedores expresaron preocupación por la forma en que bebía alcohol un familiar cercano de la familia de origen (padre, madre o hermano). 3) El 12% de las esposas de AA consumían vino casi todos los días aunque en pequeñas cantidades. Parece ser que el patrón de consumo de alcohol de los pacientes alcohólicos ocasiona discusiones familiares entre la pareja con más frecuencia que en los otros grupos, pero no como para separarse. Por tratarse de una muestra pequeña de clase media y alta los resultados no pueden generalizarse.

Por otra parte, otra línea de investigación dentro de las parejas donde uno de los integrantes tiene consumo alcohol en exceso es aquella que se refiere al locus de control. Mediante este concepto se evalúa si los eventos de la vida de un individuo son el resultado de su conducta. Los estudios se han centrado en el tipo de control (interno o externo) que tienen los alcohólicos.

En el estudio de Natera y cols., (20), se compararon 3 grupos: miembros de AA y sus esposas, pacientes alcohólicos y sus esposas y un grupo de bebedores ligeros regulares y sus esposas. Aunque no es posible generalizar sus hallazgos, aparentemente existe una relación positiva entre los grupos que consumen moderadas cantidades de alcohol y el locus de control interno. Se observó que las esposas de los miembros de AA excedían las normas de control interno. Aquellos individuos que demostraron un mayor locus de control externo y que consumen grandes cantidades de alcohol exhibirán menos control sobre sus acciones y por lo tanto tendrán mayor riesgo de caer en el alcoholismo.

En otro orden de ideas, Natera y Holmila en 1990 compararon el papel de los roles sexuales en la familia del alcohólico en una población mexicana y otra finlandesa. En ambos países se observaron patrones del uso del alcohol y su control informal en la familia que parecían ser universales. Las esposas y las madres son responsables en ambos países de controlar la manera de beber de sus esposos e hijos. Se preocupan si los hijos empiezan a beber e insisten en que sus cónyuges disminuyan su consumo de alcohol. En general los hombres mexicanos tratan de resistirse a cualquier control femenino de su comportamiento, lo cual es parte de su papel de machos (21).

De acuerdo con Orford, las esposas de los bebedores excesivos, así como hijos e hijas de madres o padres que beben, contunden con dilemas estresantes de cómo enfrentar o responder ante el problema y esto también es válido para compañeros de trabajo. Considera que la combinación con Alcohólicos Anónimos, un abordaje psiquiátrico complementado por modelos de cambio psicológicos han puesto la responsabilidad de la modificación del consumo excesivo en el alcohólico (22).

Según los resultados de Natera, Mora y Tiburcio (23), el rol femenino ante el consumo de alcohol o drogas en la familia es variable. Es decir, la mayoría de ellas han utilizado diferentes estrategias que se relacionan con la evolución del problema y sus efectos en el desarrollo emocional y en la salud. Las esposas de usuarios de alcohol y drogas reportaron emplear mecanismos de enfrentamiento de apoyo y tolerancia, mientras que las madres reportaron mayor uso del control, el apoyo y las estrategias emocionales.

Se puede decir de manera global que el alcoholismo es resultado de múltiples causas biológicas, individuales y ambientales que afecta al entorno familiar. De acuerdo con los factores culturales y sociales existen determinados patrones de consumo tomando en cuenta el sexo y edad del paciente. Algunos investigadores sugieren que la mujer dentro de la familia funciona como un control informal para el consumo de alcohol. Existen diversas líneas de investigación hacia los mecanismos de enfrentamiento ante el estrés provocado por el consumo de drogas de alguno de sus miembros y los diferentes roles en la familia.

El estudio de los familiares de alcohólicos se justifica por el hecho de que cuando el consumo es suficiente para ser definido como "dependencia", "adicción", "alcoholismo" etc., la salud y el bienestar de los familiares cercanos (esposos, padres e hijos) están en riesgo (24). Otra razón para el estudio de los miembros de la familia estriba en la creencia ampliamente difundida de que la forma en que los parientes cercanos reaccionan al consumo de alcohol sea o no excesivo de uno de sus miembros, ejerce influencia determinante para que ese consumo se mantenga estable, o bien aumente o disminuya. De aquí que los miembros de la familia además de constituir un grupo de alto riesgo pueden ser el principal recurso en la prevención y solución de los problemas del individuo asociados con el uso de alcohol (24).

¿Por qué estudiar la percepción del usuario de los mecanismos de enfrentamiento que utilizan sus familiares?. Una de las razones más importantes es que el usuario tiene escasa o nula conciencia de enfermedad, lo que puede motivar a que crea que sus familiares no perciben su consumo de alcohol como problemático. Otra razón

es que el usuario piensa a) que no hay problema que enfrentar, b) que lo percibe como de menor gravedad y c) que utiliza mecanismos de defensa como negación y proyección y por lo tanto piensa que están utilizando mecanismos de enfrentamiento diferentes a los reales. En la literatura, hasta el momento, no hay estudios reportados acerca de mecanismos de enfrentamiento familiar y percepción del usuario. Para plantear el problema se hicieron las siguientes preguntas: ¿cuáles son los mecanismos de enfrentamiento de los familiares frente a la dependencia al alcohol del usuario y cuál es la percepción que éste tiene con respecto a la utilización de dichos mecanismos por sus familiares?

Hipótesis

La percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento empleados por sus familiares ante su dependencia al alcohol es diferente de las estrategias de enfrentamiento de los familiares.

Objetivo General

Determinar los mecanismos de enfrentamiento de los familiares del usuario y determinar la percepción de éste en lo que respecta a los mecanismos de enfrentamiento del familiar ante su dependencia al alcohol.

Objetivos Específicos

1. Determinar la percepción del usuario sobre los mecanismos de enfrentamiento de los familiares ante su dependencia.
2. Determinar los mecanismos de enfrentamiento de la familia ante la dependencia al alcohol del usuario.
3. Comparar la percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento de la familia y los mecanismos de enfrentamiento que presentan los familiares.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se reclutaron usuarios con dependencia al alcohol según el DSM IV que acudieron a solicitar atención acompañados por un familiar (esposas, hermanos, hijos o padres) al

es que el usuario piensa a) que no hay problema que enfrentar, b) que lo percibe como de menor gravedad y c) que utiliza mecanismos de defensa como negación y proyección y por lo tanto piensa que están utilizando mecanismos de enfrentamiento diferentes a los reales. En la literatura, hasta el momento, no hay estudios reportados acerca de mecanismos de enfrentamiento familiar y percepción del usuario. Para plantear el problema se hicieron las siguientes preguntas: ¿cuáles son los mecanismos de enfrentamiento de los familiares frente a la dependencia al alcohol del usuario y cuál es la percepción que éste tiene con respecto a la utilización de dichos mecanismos por sus familiares?

Hipótesis

La percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento empleados por sus familiares ante su dependencia al alcohol es diferente de las estrategias de enfrentamiento de los familiares.

Objetivo General

Determinar los mecanismos de enfrentamiento de los familiares del usuario y determinar la percepción de éste en lo que respecta a los mecanismos de enfrentamiento del familiar ante su dependencia al alcohol.

Objetivos Específicos

1. Determinar la percepción del usuario sobre los mecanismos de enfrentamiento de los familiares ante su dependencia.
2. Determinar los mecanismos de enfrentamiento de la familia ante la dependencia al alcohol del usuario.
3. Comparar la percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento de la familia y los mecanismos de enfrentamiento que presentan los familiares.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se reclutaron usuarios con dependencia al alcohol según el DSM IV que acudieron a solicitar atención acompañados por un familiar (esposas, hermanos, hijos o padres) al

es que el usuario piensa a) que no hay problema que enfrentar, b) que lo percibe como de menor gravedad y c) que utiliza mecanismos de defensa como negación y proyección y por lo tanto piensa que están utilizando mecanismos de enfrentamiento diferentes a los reales. En la literatura, hasta el momento, no hay estudios reportados acerca de mecanismos de enfrentamiento familiar y percepción del usuario. Para plantear el problema se hicieron las siguientes preguntas: ¿cuáles son los mecanismos de enfrentamiento de los familiares frente a la dependencia al alcohol del usuario y cuál es la percepción que éste tiene con respecto a la utilización de dichos mecanismos por sus familiares?

Hipótesis

La percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento empleados por sus familiares ante su dependencia al alcohol es diferente de las estrategias de enfrentamiento de los familiares.

Objetivo General

Determinar los mecanismos de enfrentamiento de los familiares del usuario y determinar la percepción de éste en lo que respecta a los mecanismos de enfrentamiento del familiar ante su dependencia al alcohol.

Objetivos Específicos

1. Determinar la percepción del usuario sobre los mecanismos de enfrentamiento de los familiares ante su dependencia.
2. Determinar los mecanismos de enfrentamiento de la familia ante la dependencia al alcohol del usuario.
3. Comparar la percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento de la familia y los mecanismos de enfrentamiento que presentan los familiares.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se reclutaron usuarios con dependencia al alcohol según el DSM IV que acudieron a solicitar atención acompañados por un familiar (esposas, hermanos, hijos o padres) al

es que el usuario piensa a) que no hay problema que enfrentar, b) que lo percibe como de menor gravedad y c) que utiliza mecanismos de defensa como negación y proyección y por lo tanto piensa que están utilizando mecanismos de enfrentamiento diferentes a los reales. En la literatura, hasta el momento, no hay estudios reportados acerca de mecanismos de enfrentamiento familiar y percepción del usuario. Para plantear el problema se hicieron las siguientes preguntas: ¿cuáles son los mecanismos de enfrentamiento de los familiares frente a la dependencia al alcohol del usuario y cuál es la percepción que éste tiene con respecto a la utilización de dichos mecanismos por sus familiares?

Hipótesis

La percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento empleados por sus familiares ante su dependencia al alcohol es diferente de las estrategias de enfrentamiento de los familiares.

Objetivo General

Determinar los mecanismos de enfrentamiento de los familiares del usuario y determinar la percepción de éste en lo que respecta a los mecanismos de enfrentamiento del familiar ante su dependencia al alcohol.

Objetivos Específicos

1. Determinar la percepción del usuario sobre los mecanismos de enfrentamiento de los familiares ante su dependencia.
2. Determinar los mecanismos de enfrentamiento de la familia ante la dependencia al alcohol del usuario.
3. Comparar la percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento de la familia y los mecanismos de enfrentamiento que presentan los familiares.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se reclutaron usuarios con dependencia al alcohol según el DSM IV que acudieron a solicitar atención acompañados por un familiar (esposas, hermanos, hijos o padres) al

Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (CAAF) y aceptaron participar en la investigación durante un lapso de 2 meses. El Cuestionario de Mecanismos de Enfrentamiento se aplicó tanto al usuario como al familiar en sus versiones respectivas. La investigación se llevó a cabo durante los meses de septiembre y octubre de 1998 en las instalaciones del CAAF. Aproximadamente el tiempo de aplicación de los instrumentos fue de 45 minutos.

Los usuarios incluidos debieron reunir los siguientes criterios: edad de 18 a 65 años, masculinos o femeninos que supieran leer y escribir, con criterios de dependencia al etanol según el DSM IV y que fueran acompañados por un familiar al momento de la evaluación. En el caso de los familiares debían de haber vivido con el paciente durante los últimos 6 meses, ser consanguíneos directos o pareja, que supieran leer y escribir y tanto el usuario como el familiar aceptaran participar en el estudio.

Instrumentos

Cuestionario de Mecanismos de Enfrentamiento Familiar (CMEF) en versión para el usuario y otro en versión para el familiar. Cada uno de ellos constó de 44 preguntas con 4 opciones de respuesta. Los cuestionarios fueron autoaplicados en presencia del entrevistador. Si se observaba dificultad para responder durante la aplicación, se leían los ítems en orden de aparición.

El CMEF es la versión más reciente del cuestionario diseñado originalmente para ser aplicado en esposas de bebedores problema (25). Ha sido adaptado varias veces para hacerlo relevante para esposos y otros familiares, para miembros de la familia que enfrentan problemas de drogas más que de alcohol y para incorporar varios reactivos sugeridos por el estudio piloto hecho en México (16). Otras adaptaciones se han realizado por otros investigadores en los Estados Unidos (26, 27).

El CMEF se tradujo al español para aplicarlo en el trabajo de Orford, Natera y cols., (18) utilizando la versión con 68 reactivos, cada uno como un enunciado en tiempo pasado acerca de una manera de enfrentar. Tiene 4 opciones de respuesta: no, una o dos veces, algunas veces y con frecuencia. La pregunta principal para el cuestionario completo es ¿Usted recientemente ha(en los últimos 3 meses)? Los trabajos previos de investigación sugieren que el CMEF podría cubrir 8 maneras distintas de enfrentar con validez conceptual. En una etapa posterior se creó un noveno mecanismo subdividiendo la tolerancia, en tolerancia-sacrificada y tolerancia-aceptación. Para la investigación se consideraron 3 subescalas que abarcan los mecanismos ya mencionados, la de asertividad-control, la de evitación -

independencia y la de tolerancia - inacción. De cada una de las subescalas se determinó el porcentaje del posible uso de los mecanismos, teniendo como valor máximo, 100%. Todos los reactivos o ítems se basan de la manera más cercana posible a los enunciados hechos por uno o varios miembros de las familias en el curso de estudios previos (18). Para el presente trabajo se utilizó una versión de 44 reactivos. La dependencia al alcohol se determinó con el instrumento "Criterios Diagnósticos del DSM IV para SDE" (Síndrome de Dependencia al Etanol) (35).

Procedimiento

Se identificó al usuario que cumplió con los criterios de inclusión, posteriormente se le explicó el objetivo de la investigación, solicitando el consentimiento. De igual forma, en el caso de los familiares que acudieron en compañía del usuario, al cumplir los criterios de inclusión y teniendo su consentimiento se aplicaron de manera simultánea los CMEF.

RESULTADOS

Se entrevistaron a quince usuarios y al familiar acompañante. La edad promedio del usuario fue de 32 años y la del familiar de 39 años. En esta muestra, el 73% de los usuarios y el 20% de los familiares son de sexo masculino. En lo que se refiere a la escolaridad, la mayor parte de los usuarios tienen secundaria (33%), bachillerato (27%) y primaria (26%). Los familiares, primaria (40%), secundaria (26%) o licenciatura (13%) respectivamente. De los usuarios, el 47% de ellos son casados o viven en unión libre, el 33% son solteros y el 20% están separados o son viudos. La mayor parte de los usuarios son desempleados (27%), empleados (27%) o comerciantes (13%). De los familiares el 66% son amas de casa, el 20% son empleados y el 7% son jubilados. El 47% son pareja, el 40% son padres y el 13% son hijos del usuario.

En lo que refiere a los mecanismos de enfrentamiento familiar, se hizo un promedio de cada subescala tanto en usuarios como en familiares. Los usuarios perciben que sus familiares utilizan como principal mecanismo la evitación-independencia, seguidos de la asertividad-control y la tolerancia-inacción (cuadro 1). En la subescala de evitación - independencia, se obtuvo una media de 50.22%, con un rango entre 13.3 y 76.7%. En la subescala de asertividad-control, la media fue de 49.94%, con un rango entre 12.28 y 75.43%. Mientras que en la subescala de tolerancia-inacción, la media fue de 43.70% con un rango de 8.88 y 75.55% (cuadro 1).

independencia y la de tolerancia - inacción. De cada una de las subescalas se determinó el porcentaje del posible uso de los mecanismos, teniendo como valor máximo, 100%. Todos los reactivos o ítems se basan de la manera más cercana posible a los enunciados hechos por uno o varios miembros de las familias en el curso de estudios previos (18). Para el presente trabajo se utilizó una versión de 44 reactivos. La dependencia al alcohol se determinó con el instrumento "Criterios Diagnósticos del DSM IV para SDE" (Síndrome de Dependencia al Etanol) (35).

Procedimiento

Se identificó al usuario que cumplió con los criterios de inclusión, posteriormente se le explicó el objetivo de la investigación, solicitando el consentimiento. De igual forma, en el caso de los familiares que acudieron en compañía del usuario, al cumplir los criterios de inclusión y teniendo su consentimiento se aplicaron de manera simultánea los CMEF.

RESULTADOS

Se entrevistaron a quince usuarios y al familiar acompañante. La edad promedio del usuario fue de 32 años y la del familiar de 39 años. En esta muestra, el 73% de los usuarios y el 20% de los familiares son de sexo masculino. En lo que se refiere a la escolaridad, la mayor parte de los usuarios tienen secundaria (33%), bachillerato (27%) y primaria (26%). Los familiares, primaria (40%), secundaria (26%) o licenciatura (13%) respectivamente. De los usuarios, el 47% de ellos son casados o viven en unión libre, el 33% son solteros y el 20% están separados o son viudos. La mayor parte de los usuarios son desempleados (27%), empleados (27%) o comerciantes (13%). De los familiares el 66% son amas de casa, el 20% son empleados y el 7% son jubilados. El 47% son pareja, el 40% son padres y el 13% son hijos del usuario.

En lo que refiere a los mecanismos de enfrentamiento familiar, se hizo un promedio de cada subescala tanto en usuarios como en familiares. Los usuarios perciben que sus familiares utilizan como principal mecanismo la evitación-independencia, seguidos de la asertividad-control y la tolerancia- inacción (cuadro 1). En la subescala de evitación - independencia, se obtuvo una media de 50.22%, con un rango entre 13.3 y 76.7%. En la subescala de asertividad-control, la media fue de 49.94%, con un rango entre 12.28 y 75.43%. Mientras que en la subescala de tolerancia-inacción, la media fue de 43.70% con un rango de 8.88 y 75.55% (cuadro 1).

Cuadro 1 *Percepción del usuario de los mecanismos de enfrentamiento familiar* (n= 15).

Subescala de mecanismo de enfrentamiento	Porcentaje de empleo (%)	Rango (%)
Evitación – independencia*	50.22	13.33 - 76.66
Asertividad – control†	49.94	12.28 - 75.43
Tolerancia – inacción‡	43.70	8.88 - 75.55

* p = 0.165. † p = 0.347. ‡ p = 0.003.

Se encontró que en los familiares la subescala de asertividad-control tuvo una media de empleo de 55.90% con un rango entre 26.31 y 84.21%. En la subescala de tolerancia-inacción, la media fue de 55.85% con un rango de 37.77 y 80%. Finalmente, en la subescala de evitación-independencia la media fue de 54.22% y el rango fue entre 30 y 83.33% (cuadro 2).

Cuadro 2. *Mecanismos de enfrentamiento utilizados por los familiares* (n = 15)

Subescala de mecanismo de enfrentamiento	Porcentaje de empleo (%)	Rango (%)
Evitación – independencia*	54.22	30 - 83.33
Asertividad – control†	55.90	26.31 - 84.21
Tolerancia – inacción‡	55.85	37.77 - 80

* p = 0.165. † p = 0.347. ‡ p = 0.003.

Se hizo una prueba t pareada con los porcentajes de empleo de cada una de las subescalas de los mecanismos comparando usuarios y familiares. La única diferencia significativa se encontró en la subescala de tolerancia - inacción ($p < 0.05$).

También se hicieron pruebas de correlaciones entre los resultados obtenidos en usuarios y familiares. En la subescala de asertividad-control, la correlación fue de 0.59. En la subescala de evitación-independencia, se encontró que la correlación fue de 0.34. Sin embargo, la correlación más fuerte se tuvo en la escala de tolerancia inacción con 0.70. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Comparación entre percepción del usuario sobre el empleo de los mecanismos de enfrentamiento y el empleo de los mismos por los familiares (n=15)

Subescala de mecanismo de enfrentamiento	Porcentaje de respuesta (%)	
	Usuario	Familiar
Asertividad - control*	50.22	54.22
Evitación - independencia†	49.94	55.90
Tolerancia - inacción‡	43.70	55.85

* $p = 0.165$. † $p = 0.347$. ‡ $p = 0.003$.

Por ejemplo, el usuario no.1 percibe que su familiar emplea el mecanismo de tolerancia - inacción, en un 33.3%, mientras que el familiar lo emplea en un 46.66%. Es decir, el usuario percibe parcialmente el mecanismo de tolerancia - inacción que el familiar presenta. Otro ejemplo, el usuario no.13 percibe que su familiar emplea el mecanismo de tolerancia-inacción en un 8.88%, en tanto que el familiar refiere emplearlo en un 24.44%

Se hizo una comparación de la utilización de los diferentes mecanismos de enfrentamiento y la percepción de empleo entre hombres y mujeres, independientemente de que fueran usuarios o familiares. Se hizo una prueba t pareada con los porcentajes de empleo de cada una de las subescalas sin encontrar ninguna diferencia significativa. En esta muestra, las mujeres utilizan más la subescala de asertividad-control y los hombres la de evitación-independencia (Cuadro 4).

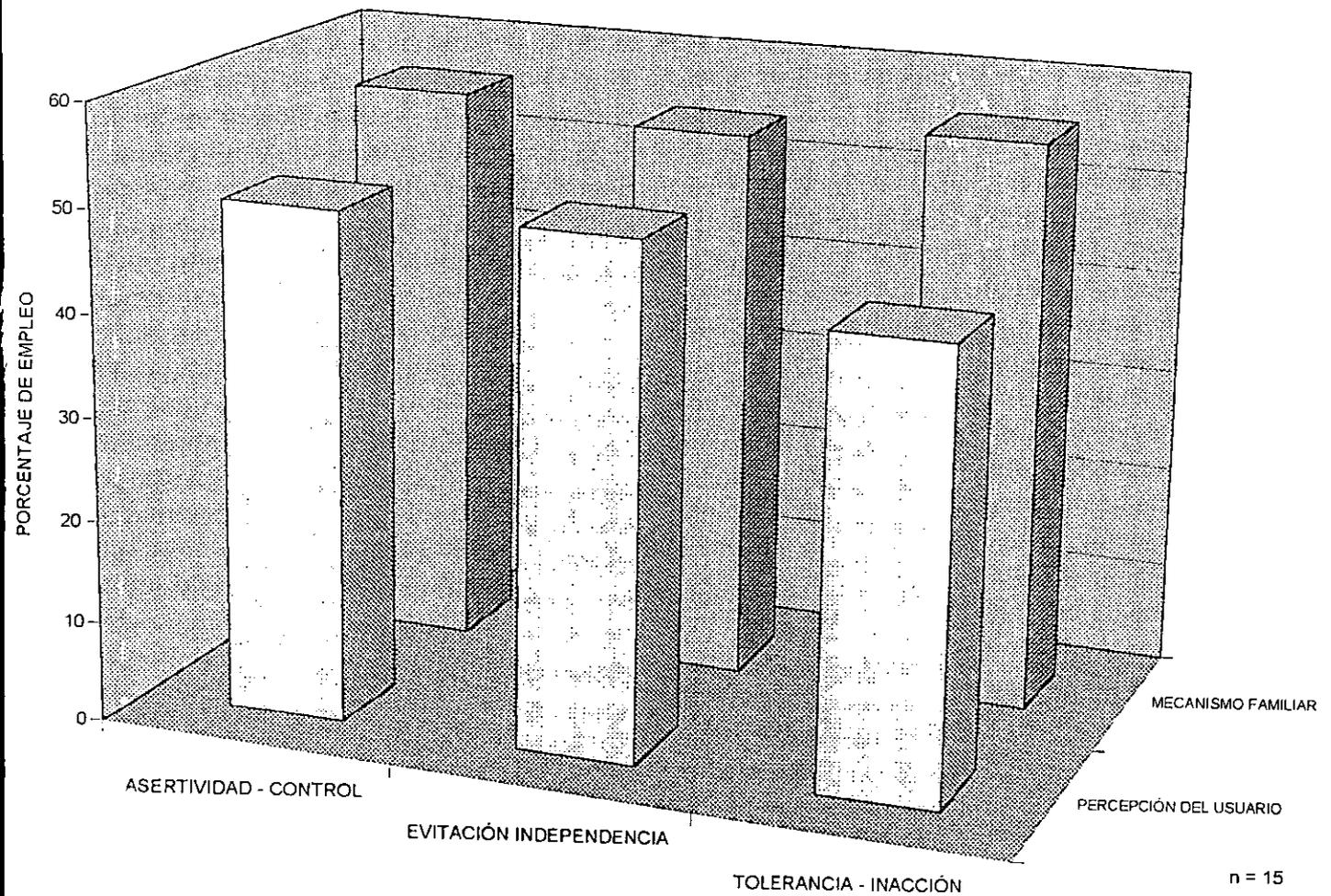
Cuadro 4. *Uso y percepción de uso de los mecanismos de enfrentamiento familiar de acuerdo al sexo (n = 30).*

Subescala de mecanismo de enfrentamiento	Porcentaje de respuesta (%)	
	Hombres	Mujeres
Asertividad - control§	52.75	53.07
Evitación - independenciam§§	54.52	50.20
Tolerancia - inacción‡‡	50.47	49.16

§ p = 0.96 §§ p = 0.49 ‡‡ p = 0.84

En conjunto estos resultados nos indican que hay cierta correlación, principalmente en la tolerancia-inacción, en cuanto a la percepción y al empleo del mecanismo de enfrentamiento familiar. Sin embargo, la intensidad con la que el usuario percibe el empleo del mecanismo es diferente (Gráfica 1).

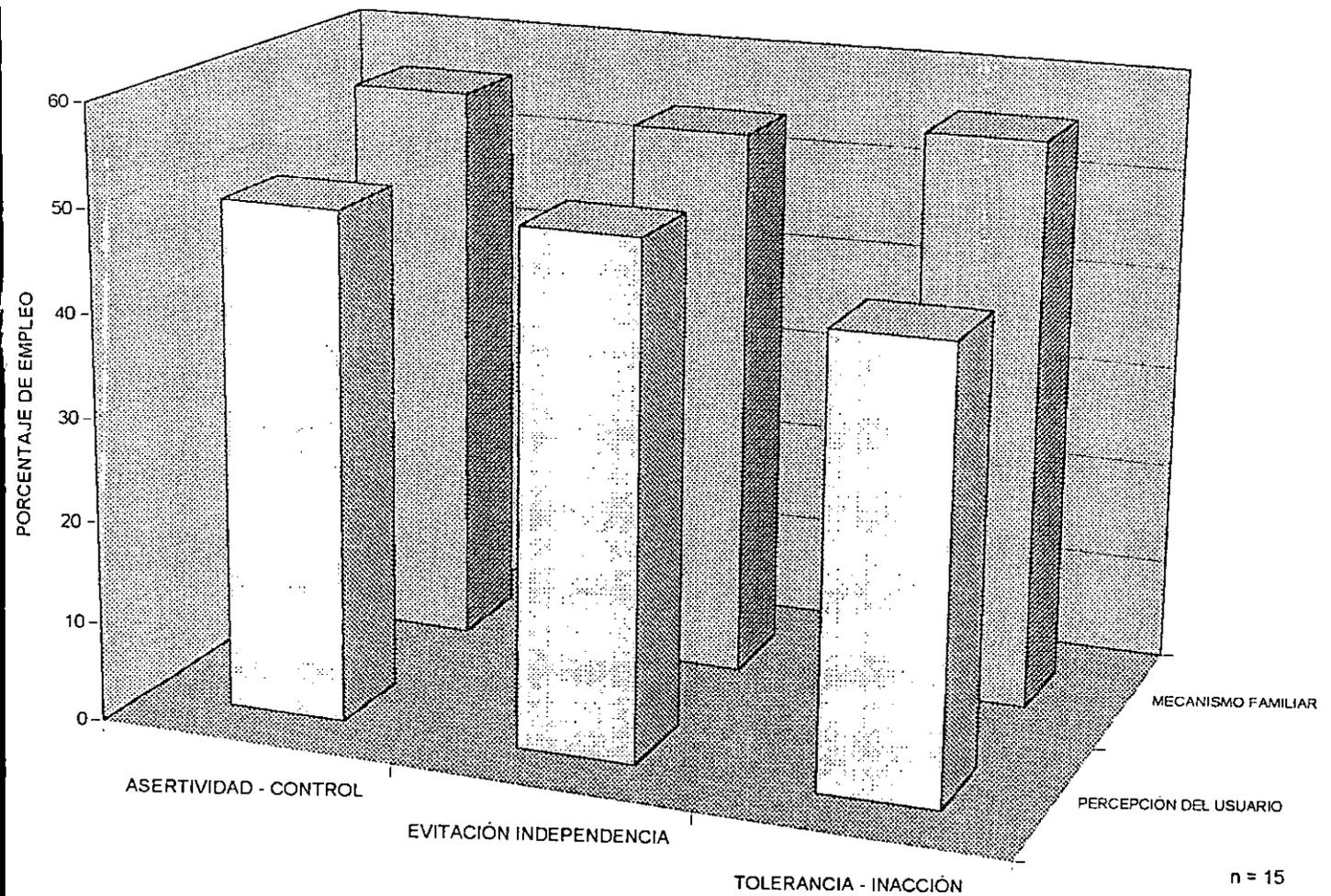
GRÁFICA 1
MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO FAMILIAR



DISCUSIÓN

Se ha documentado previamente que el consumo de alcohol es más común en los hombres que en las mujeres (4, 5, 23). Los hombres con mayor índice de consumo de alcohol preocupante tienen entre 30 a 49 años y cuyo estado civil es estar casados (5), datos que coinciden con los hallazgos de este estudio. Sin embargo, entre las usuarias de esta muestra, la edad promedio es de 39 años y de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, el consumo de alcohol preocupante se incrementa con la edad, observándose la cifra más alta entre los 60 y 69 años, concentrándose en viudas o divorciadas (5). El 75% de las usuarias de esta muestra no tienen pareja.

GRÁFICA 1
MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO FAMILIAR



n = 15

DISCUSIÓN

Se ha documentado previamente que el consumo de alcohol es más común en los hombres que en las mujeres (4, 5, 23). Los hombres con mayor índice de consumo de alcohol preocupante tienen entre 30 a 49 años y cuyo estado civil es estar casados (5), datos que coinciden con los hallazgos de este estudio. Sin embargo, entre las usuarias de esta muestra, la edad promedio es de 39 años y de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, el consumo de alcohol preocupante se incrementa con la edad, observándose la cifra más alta entre los 60 y 69 años, concentrándose en viudas o divorciadas (5). El 75% de las usuarias de esta muestra no tienen pareja.

Aunque se ha detectado que tanto en el grupo de hombres como el de mujeres con consumo de alcohol preocupante coincide con carencia de escolaridad (5), en esta muestra de usuarios, no fue así, posiblemente por el tamaño de la misma y, aunque se incluyó a personas que supieran leer y escribir, en todos los casos acudieron por lo menos a la escuela primaria (26%).

En lo que se refiere a los mecanismos que los familiares utilizan ante la dependencia al alcohol del usuario, efectivamente, no se utiliza un solo mecanismo (17,18), sino combinaciones de ellos, representados en las 3 subescalas mencionadas previamente. No se encontraron diferencias entre la utilización de los 3 grupos de mecanismos de enfrentamiento por los familiares. Sin embargo, los usuarios, perciben como principal grupo de mecanismo al de evitación-independencia, seguido del de asertividad-control. Esto podría interpretarse como la escasa conciencia de enfermedad o el minimizar actitudes o conductas que presentan dentro del seno familiar ante la dependencia al alcohol.

Ahorabién, lo que perciben los usuarios de los mecanismos de enfrentamiento que utilizan sus familiares, es diferente de lo que los mismos familiares presentan como mecanismos de enfrentamiento. Al comparar los porcentajes de empleo (t pareada) de cada una de las subescalas entre familiares y usuarios, sí se encontraron diferencias significativas en la subescala de tolerancia-inacción ($p < 0.05$). Es decir, las actitudes tolerantes que el familiar tiene con el usuario (encubrirlo, consumir alcohol con él, disculparlo, protegerlo, o inclusive, ayudarlo a conseguir el alcohol o aparentar que todo es normal) y las actitudes de inacción (mostrar indiferencia, aceptar el problema como parte de la vida, etc) son percibidas por el usuario con menor intensidad de lo que realmente utilizan los familiares.

Esto mismo se observa al realizar una prueba de correlación entre los mecanismos utilizados por los familiares en las 3 diferentes subescalas y la percepción que el usuario tiene de los mismos, encontrando en el grupo de tolerancia-inacción una fuerte correlación (0.70).

En las subescalas de asertividad-control y evitación-independencia existen también diferencias en la percepción del usuario y los mecanismos que presentan los familiares, sin embargo no se encontró correlación entre las mismas. En la

literatura, los estudios previos mencionan que el medio sociocultural influye o matiza el tipo de mecanismo que presentan los familiares (16,17,18), además que se ha encontrado que las mujeres utilizan diferentes estrategias en relación con la evolución del problema. Las esposas de los usuarios presentan mecanismos como el apoyo y la tolerancia mientras que las madres reportan mayor uso del control, el apoyo y las estrategias emocionales (23). En esta muestra de familiares, el 80% es de sexo femenino, el 40% de las mujeres, son esposas o parejas y el 26.66% son madres de usuarios.

Aunque de manera global, se encontraron diferencias significativas en la subescala de tolerancia y esto coincide con hallazgos de la literatura en cuanto al tipo de mecanismos que utilizan las esposas, en lo que se refiere a las madres de los usuarios, se traslapan el control y el apoyo también con la tolerancia (18, 23). Es importante mencionar que la edad, el sexo, el rol que asume el familiar, entre otras variables, influye en el tipo de respuesta que tenga ante la dependencia al alcohol del usuario, pues cada uno de los miembros de la familia responde o reacciona diferente pues cada uno tiene sus propias actitudes o creencias ante el consumo del alcohol (39). Además en el caso del usuario, no es lo mismo que sea hombre o que sea mujer, la edad que tenga, el estado civil, las complicaciones que genere el alcoholismo tanto en el medio social, como laboral y principalmente dentro de la familia.

Por otra parte, en lo que se refiere a la percepción que el usuario tiene de los mecanismos de enfrentamiento que utilizan sus familiares, en la literatura todavía no hay reportes que documenten estas diferencias. Sin embargo, los resultados obtenidos dan la pauta para profundizar los estudios en esta área, pues podría tener implicaciones terapéuticas.

Es decir, se podría proponer un abordaje simultáneo de tratamiento individual del usuario y del familiar y a la vez de la familia en conjunto, para detectar las razones de las diferencias en la percepción del usuario y el mecanismo de enfrentamiento de los familiares para modificar actitudes del usuario y del familiar, lograr una mayor conciencia del problema en el usuario, o encontrar una mejor opción para contender con el problema de la dependencia al alcohol.

CONCLUSIONES

1. No se encontraron diferencias significativas entre las 3 subescalas de mecanismos de enfrentamiento que presentan los familiares.
2. Existen diferencias significativas en la subescala de tolerancia - inacción al comparar la presentación de este subgrupo de mecanismos y la percepción que tiene el usuario.
3. Existe correlación entre la percepción del usuario y la presentación de los mecanismos de enfrentamiento familiar de la subescala de tolerancia e inacción.
4. Como posibles implicaciones de estas conclusiones estarían: la identificación de los mecanismos de enfrentamiento que utilizan los familiares y cómo los percibe el usuario tomando en cuenta las características personales del usuario y las de la familia para proponer un abordaje terapéutico que incluya tanto al usuario como al familiar, a nivel individual o terapia de familia, para modificar actitudes o conductas tanto del familiar como del usuario para contender con el problema de manera más asertiva.

Anexo

El Cuestionario de Mecanismos de Enfrentamiento Familiar (CMEF) es la versión más reciente del cuestionario diseñado originalmente para ser aplicado en esposas de bebedores problema (25). Ha sido adaptado varias veces para hacerlo relevante para esposos y otros familiares, para miembros de la familia que enfrentan problemas de drogas más que de alcohol y para incorporar varios reactivos sugeridos por el estudio piloto hecho en México (16). Otras adaptaciones se han realizado por otros investigadores en los Estados Unidos (26,27).

El CMEF se tradujo al español para aplicarlo en el trabajo de Orford, Natera y cols., (18) utilizando la versión con 68 reactivos, cada uno como un enunciado en tiempo pasado acerca de una manera de enfrentar. Tiene 4 opciones de respuesta: no, una o dos veces, algunas veces y con frecuencia. La pregunta principal para el cuestionario completo es ¿Usted recientemente ha(en los últimos 3 meses)?. Los trabajos previos de investigación (22,32,33) sugieren que el CMEF podría cubrir 8 maneras distintas de enfrentar con validez conceptual. En una etapa posterior se creó un noveno mecanismo subdividiendo la tolerancia, en tolerancia-sacrificio y tolerancia-aceptación. Todos los reactivos o ítems se basan de la manera más cercana posible a los enunciados hechos por uno o varios miembros de las familias en el curso de estudios previos (18). Para el trabajo de tesis se utilizó una versión final de 44 reactivos.

En una de las últimas investigaciones (18) utilizando el CMEF, se realizó análisis factorial exploratorio y análisis de confiabilidad en las subescalas (de cada uno de los mecanismos de enfrentamiento).

Análisis factorial exploratorio

El primer factor combina un número de ítems que se han conceptualizado de manera provisional como "asertivos", "de control", "emocionales" y "de apoyo". e segundo factor combina los anteriormente construidos de manera separada como "tolerantes" e "inactivos". El tercer factor combina a los ítems conceptualizados como "evitativos" e "independientes".

El análisis factorial exploratorio produjo el siguiente resultado: la inspección de las cantidades de varianza mostradas por los factores mayores utilizando las pruebas de tamizaje (screen tests), sugirió que el modelo de 3 factores fue el que tuvo mayor éxito por ser el más fácilmente interpretable y ser similar en los dos sets de datos.

Análisis de Confiabilidad de las Subescalas

Se realizó un análisis con el propósito de valorar si los 9 mecanismos de enfrentamiento eran coherentes y distintos. La coherencia se examinó anotando a los participantes de cada una de las 9 subescalas, cada una de ellas consistió en la suma de los ítems asignados del CMEF a priori a los supuestos mecanismos de enfrentamiento. Se calcularon los coeficientes de alfa de Cronbach para cada caso. La distinción entre cada uno de ellos fue examinada al producir una matriz de correlación 9x9 de escalas de intercorrelaciones.

Fue necesario combinar las subescalas de tolerancia-sacrificio y tolerancia-aceptación y además las subescalas de evitación e independencia para obtener coeficientes alfa satisfactorios. Las siete subescalas tuvieron coeficientes alfa en exceso de 0.60 con una media de 0.69. Los valores no son particularmente altos y sugieren que aunque cada una de las escalas tiene una confiabilidad moderada, ninguna puede considerarse como unidimensional. Lo más cercano a una excepción es la combinación de la subescala evitación - independencia que consiste en 12 ítems con una alfa de 0.79. (18).

La dependencia al etanol se midió de acuerdo con la presentación de 3 o más de los criterios del DSM IV, en un periodo continuado de 12 meses. En el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, se adaptaron estos criterios mediante el instrumento "Criterios Diagnósticos del DSM IV para SDE" (Síndrome de Dependencia al Etanol) (35). Este instrumento consta de 7 subsecciones: 1) Tolerancia, 2) Abstinencia, 3) Uso compulsivo, 4) Descontinuación, 5) Estrechamiento del campo conductual, 6) Reducción máxima del campo de conducta y 7) Percepción del daño. Cada una de las 6 primeras subsecciones consta de 2 preguntas, con excepción de la séptima que consta de una pregunta. Cada pregunta tiene como opciones de respuesta sí o no que el entrevistador interroga al paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. NATERA G: Aspectos generales sobre el consumo de alcohol y sus problemas. *Salud Mental*, 5 (4): 7-10, 1982.
2. CAMPILLO C: El consumo de alcohol en México desde una perspectiva de salud pública. *Salud Mental*, 5 (4): 80- 83, 1983.
3. DE LA FUENTE R: El alcoholismo y el abuso del alcohol: visión de conjunto. *Salud Mental*, 10 (4): 45-51, 1987.
4. MEDINA-MORA ME: El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. *Salud Pública de México*, XXII, 281-288, 1980.
5. SOLACHE-ALCARAZ G, TAPIA R, LEÓN G y cols.: Encuesta nacional de salud: el consumo de bebidas alcohólicas, *Salud Mental*, 13 (3): 13-19, 1990.
6. SOLÍS L, TAPIA R, PÉREZ R: *Documento elaborado para el programa nacional contra el alcoholismo y el abuso de alcohol. Documento Interno*, CAAF, 1997.
7. KANDEL D: Socialization and Adolescent Drinking. *In Eight Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. From the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Human Services. September, 1993.
8. BENNETT L, WOLIN S: Family, culture and alcoholism transmission. *In Eight Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. From the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Human Services. September, 1993.
9. NATERA G, ORFORD J: Research for the development of family abilities for the treatment of problems of alcohol abuse. *Documento Interno*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1989.

10. NATERA G: La familia ante las adicciones. análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema. *Documento Interno*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.
11. SECRETARÍA DE SALUD: *Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares*. Secretaría de Salud, CONADIC, México, 1995.
12. SECRETARÍA DE SALUD: *Orientación para las Familias*. Secretaría de Salud, México, 1995.
13. TENORIO R, FIGUEROA E, NATERA G: Relación del familiar con el sujeto alcohólico: una aproximación sistémica. *Revista de Trabajo Social* ENTS, UNAM, 1995.
14. ORFORD J, NATERA G: Coping with alcohol and drug use in the family. Report of a Mexican feasibility study. *World Health Organization*, Division of Mental Health, Geneva, February, 1990.
15. NATERA G, CASCO M y cols.: Respuestas naturales de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas. Resultados de un estudio piloto. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la V Reunión de Investigación, México, 1990.
16. ORFORD J, NATERA G y cols.: Estrategias que utiliza la familia en México frente al uso del alcohol y otras drogas. Metodología para un estudio de viabilidad, *Secretaría de Salud*, México, 1993.
17. ORFORD J, NATERA G: How families cope: a quantitative and quality study using data from two countries. *Documento Interno*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1996.

18. ORFORD J, NATERA G: Tolerance, engage or withdrawal: a study of the structure of family coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Documento Interno*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1998.
19. MOOS R: (1983) citado por Natera G, Herrejón ME, Rojas E: Comparación de algunas Características de la Conducta de las Esposas de Alcohólicos y de No Alcohólicos, *Salud Mental*, 11(1): 13-18, 1988.
20. NATERA G, HERREJÓN ME, CASCO M: Locus of control in couples with different patterns of alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 22: 179-186, 1988.
21. NATERA G, HOLMILA M: El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación entre México y Finlandia. *Salud Mental*, 13 (3): 20-26, 1990.
22. ORFORD J: Control, confront or collude: how family and society respond to excessive drinking. *British Journal of Addiction*, 87: 1513 - 1525, 1992.
23. NATERA G, MORA J, TIBURCIO M: El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia, *Documento Interno*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1998.
24. DE LA FUENTE R, MEDINA-MORA ME, CARAVEO J: El alcoholismo y sus problemas relacionados. En *Salud Mental en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
25. ORFORD J, GUTHRIE S, NICHOLLS P, OPPENHEIMER E, EGERT S, HENSMAN C: Self-reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 36: 1254 - 1267, 1975.

26. LOVE CT, LONGABAUGH R, CLIFFORD PR, BEATTIE M, PEASLEE CF: The significant-other behavior questionnaire (SBQ): an instrument for measuring the behavior of significant others towards a person's drinking and abstinence. *Addiction*, 88: 1267-1279, 1993.
27. MC CRADY BS, NOEL NE, ABRAMS DA, HAY W: (1981) citado por Love CT: The significant-other behavior questionnaire (SBQ): an instrument for measuring the behavior of significant others towards a person's drinking and abstinence. *Addiction*, 88: 1267-1279, 1993.
28. DURAN citado por Solís L: Modelo de intervención del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. *Salud Mental*, 19 suplemento abril: 39-43, 1996.
29. WILSON C, ORFORD J: Children of alcoholics. Report of a preliminary study and comments on the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 39 (1): 121 - 142, 1978.
30. CORK R, CHAFETZ M, HABERMAN P: (1969) citados por Wilson C, Orford J: Children of Alcoholics. Report of a preliminary study and comments on the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 39 (1): 121 - 142, 1978.
31. ORFORD J: Alcohol and the family. An international review of the literature with implications for research and practice. En: Kozlowski L, Annis H et al (ed). *Research advances in alcohol and drug problems, vol 10*, Plenum Press, Nueva York, p.81-155, 1990.
32. VELLEMAN R, ORFORD J, BENNETT G, MILLER T: The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, 88: 1281- 1289, 1993.
33. ORFORD J, RIGBY K, MILLER T, VELLEMAN R: Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2: 163 - 183, 1992.

34. JAMES E, GOLDMAN M: (1971) citado por Orford J: Alcoholism and marriage. The argument against specialism. *Journal of Studies on Alcohol*, 36 (11):1537-1563, 1975.
35. SOLÍS L. Criterios diagnósticos del DSM IV para síndrome de dependencia al etanol. *CAAF*, Instituto Mexicano de Psiquiatría (sin fecha).
36. SECRETARÍA DE SALUD, Encuesta Nacional de Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México, 37-50, 1993.
37. ORFORD J: Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 13: 417-429, 1994.
38. LAWSON G, PETERSON J, LAWSON A: Children of alcoholics. En: *Alcoholism and the family, a guide to treatment and prevention*, Aspen Publishers, Gaithersburg, MA, 1983.
39. NATERA G, ORFORD J, TIBURCIO M: *Orientación para las familias de los trabajadores*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1998.